

C17/04/0328

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A 0119 0699	APPLICATION DATE : 07/01/19 आवेदन तिथि
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Javatri	AGE-YEARS वय-वर्ष 65
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कपुत्री का नाम	Ratan	SEX लिंग F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान स्थानांश जा Village - Matthiya P.S. T.E.C. - Almora		
DIST. - Almora, Roopkund PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान स्थानांश जा as above		
Pre op. Post op. 0699 Javatri		



OCCUPATION : जैविक अवधारणा	Labourer	MARRIED (विविहित) / UNMARRIED (अविविहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	62000	(Attach Proof of Income) A.Y.A (आय का साक्ष दस्तावेज)		
PAN No. स्पार्ट संख्या	N/A			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): का? आप आय कर दाता हैं (जो मात्र हो डस पर सही का निश्चय लगाते)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
I	Shiv Singh	30y	M	Son
II	Ranjeet Singh	35y	M	Son
III	Rajesh	95y	F	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियोग आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) गोपी रोड के गोपी प्रावण वाप (प्रावण पर कोई जाप नहीं करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वाप अव वर्ग प्रावण वाप (प्रावण पर कोई जाप नहीं करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारका सार्व (प्रावण पर कोई जाप नहीं करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये जाये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीकाकार से चारी को गई इलाजेन मूल्य संलग्न		
1.	Diagnosis - R/E - IMSC L/E - IMSC		
2.	Surgery - R/E - SICS + IOL		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इन उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इसी गई सहायता राशि
1.	SCGM	

DECLARATION by APPLICANT: अप्प्लिकेंट द्वारा कोणता पर्याप्त

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
 - 1) मैं पेश करता हूँ कि इस प्रकार मेरे द्वारा घोषित ऐसी जनकारी के अनुसार सब एवं सही है। यदि, कोई विवरण इस कारण बालाक याम जल्द ही से योगी सहायता लिलत की जा सकती है।
 - 2) ये द्वारा मेरी सहायता की "कार्यकारी पालनकालीन", से ही नहीं है, उपर्युक्त उसी उद्देश्य की दृष्टि से लिखे किए जाएंगे, जो इस प्रकार मेरी यथा याप है।
 - 3) मैं दूसरे कारण से नहीं कि यह सहायता देने वाली कार्यकारी या भारत सरकार द्वारा लिया जाने सुनिश्चितपालनकालीन कारबाही से न हो लिखा है और वही भविष्यत में है।

AGREEMENT by APPLICANT (參照第 30 條)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रति पर लगने वाला कार्ड या अंकुर की ताप संतापक, मैं (आवेदक) आपनी मानविकी की चुट्टी कार्ड हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन ग्रैंट प्राप्तकर्ता" को अधिकृत कार्ड हूँ जिस पर यह चाहे भी हो सकता है, जो "कोशिका" एवं नाम, दाता, वर्षावाच सुनारे बदलें तो भूमिका गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी अंतर व्यक्त्य से प्रतीक्षित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस का लियरन मेरे इच्छा के लिये या बढ़ा गे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व नामही अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस कार्ड मेरी जापान हूँ जिस पर यह, दाता, चाहे भी हो सकता है जो मेरी सामाजिक कार्डों के उपरीय से प्रतीक्षित है जूँकि यह, सामाजिक का इच्छाकार नहीं बनाता। इस जापान में "कोशिका" प्रत्येक उमसीद व्यक्तियों का नियम अधिकृत और व्यापकाता होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अपेक्षा ने प्राप्ति का लिया

S IMPRESSION :
R. T. yonohi dari

AGREEMENT by HOSPITAL (OPTION TWO TWO)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby affirm & accept following:

- (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अलावा, इसकी की जो भी तो मान्यता दी जाए "प्रोतीवाक प्रदर्शनेश्वर" से विविध भावग्राही होंगी जिससे जीव को जाता है, जिसे इन (इन्द्रजाल) निम्न ग्रन्थों में वर्णित करते हैं।

यह कि इसे योग्यता और इसी विविधता में विविध राजनामा चिह्नित है जबकि उसका योग्यता या विविध अन्य तो उक्त दोषोंमें से ऐसी या से यह है, जैसे कि इसमें "विविध राजनामा" से विविधादिविविध जाता है याकौशल/सकात् होनु जाता है तो अन्यतर विविध अन्य ये जाताएँ भी योग्यता या विविध अन्य राजनामा होती हैं।

2. "कोर्टिलांग चार्टर्सेन्ट" से यह गई भाषण के बाहर विविध प्रतीक भी है। ऐसी पार इमप्रेशन द्वारा ये विदेशी गये उत्तरांगिकाओं का चुनाव ऐसी एवं हमलाता के दौरान या विचार है और "कोर्टिलांग चार्टर्सेन्ट" द्वारा विभिन्न जनता का योगी दराव भी है। इसलिए इमानात में ऐसी को इतना सुनाया और जाने जाने की जटी विष्येपैरी ऐसी एवं इमानात की दृष्टि और "कोर्टिलांग" द्वारा योगी चुनाव का विष्येपैरी इस वापरते ने भी ही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ਵੈਚੋਰ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Dharm Singh Dr. Dharm Singh MS (OPHTHAL) Reg. No. 028084	(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory ਅਧਿਕਾਰਤ ਲਿਪਿ ਵਿਖੇ ਲਿਖੀ ਗਈ ਜਨਮ ਨੰਬਰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਸੱਭਾ ਵਿਖੇ ਲਿਖੀ ਗਈ ਲਿਪਿ
-----------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIDA FOUNDATION

मानविक वार्ता क्रम

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों दस्तावेज़ ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Sparag

John