

39311

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: **B/0319/0588**
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: **12/3/19**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **Alla Baksh**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **65**
SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **Kasim Sab**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bandlavanka Pater Town

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Chilbo Dist Andhra Pradesh



0542

0542

Alla Baksh Alla Baksh

Pre Op Post Op

OCCUPATION: **Un Employed**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **45,000 (family Income)**
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
①	Haseem Sab	10	M	Son
②	Husam Sab	35	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	① DOV - Left Eye SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
	BWLE-II	

- 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, if any, 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦਾ ਵਾਸਤਾ)

2) ये (आवेदक) इस बात से सन्तुष्ट हैं कि मेरा जन्म, पाल, पोषण और विधरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अन्तिम और बाध्यकारी होगा।

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH BY NUTR)

2. "कोशिका काउन्टडाउन" से ली गई साक्ष्यता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या बिन्दु गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषये हमसल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसल को होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

अथवा २