

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : C/023/0041

APPLICATION DATE: 07-01-2023
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम
MHS Maya

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपुत का नाम

MH Rakam Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बसीमत आवासीय पता

Gabbli, Jayantipur, Muz., Saharanpur,
Kanpur Dehat, Uttar Pradesh, 247129

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
जैविक

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल जैविक आय

45,000 (Family Income)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संतान)

NA

PAN No. स्थार्ट छत्र संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता है? (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वास लगावें।)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Rakam Singh	55	M	Husband
2	Sunjeet	23	M	Son
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए

- 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.

 - 1) मैं पोषण करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी विवरण बेटे जनकारी के अनुसार सत्य रूप महसूस होते हैं। ऐसे कोई विवाद एवं कल्पन आत्म पक्ष जाता है तो उसे गोपी लहानपत्र नियम की जा सकती है।
 - 2) मैं द्वाका जो साधारण गति "कोशिका कार्ड-डायरेन", से लेकर जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विकास कार्यक्रम, जो इस प्राप्ति में प्रयोग गया है।
 - 3) मैं युक्ति करता हूँ कि यह साधारण होता था प्रधान की गाँव है, उस दृष्टि का अधिकार का याकृति हिस्तिकनी अन्त मुख्यालयीकरण कार्यक्रम से उसे लिया गया है और न ही विविध में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.

१) इस प्रयत्न पर अपने हमाराहर ये अंदरुके की छाता सामग्री, मैं (आवेदक) अपनी महाभिति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "न्यायीय" को अधिकृत काला हूँ जिसे मैंने क्षमा, पत्ता, छोटी और जी विवरण इस प्रयत्न में घोषित है, तरसे "कोशिका" एवं न्यायी, दाग, चारबाघ दूसरे उद्देश्य से बढ़ी तरिखियाँ और उत्तराखियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इतना के पहले या बाद मेरे काले के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

२) मैं (आवेदक) इस बात से महाभिति हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाभिता के उत्तराखियों से अधिकृत हैं पुढ़े स्वतः न्यायीका का हकदार जी बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्राप्त उपलब्ध जारीकर्ता का वित्तीय सत्त्विति और आधारकर्ता रहेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके लिए यह अद्भुत विषय है।

AGREEMENT by HOSPITAL (ग्रन्थाता द्वारा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (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.

इसका अधिकार इसाधी को और से यात्री-यात्री को "कलेक्टिव फाइनेंसर्स" द्वि वित्ती यात्रा है जिसकी जटि है, जिसे हम (इन्वेस्टर) नियम इकाए में यात्रा व संचाल करते हैं।

- १) यह कि २ ही वर्तमान और २ ही परिणाम में विलिप्त जाहाजों किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में ली गयी या से रही है, जैसे कि हासने "कोशिका जाहाजों" में विसर्जित/वितरित उक्त के मामले में "कोशिका फाइब्रोजन" द्वारा पदर होता है। यदि "कोशिका फाइब्रोजन" द्वारा सहायता विनियत अधिकारकता होता है तो बन्दुक नहीं किया जाता है तो अभ्यासता किसी भ्रष्ट गैर साकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से सहायता होने का अधिकारा सुनिश्चित रखता है। इस घटित में स्पष्ट कहा जाता है कि भास्तव्य द्वितीय महर उक्त रोगी/मामले से दूर कियायी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लंगा/ले रही।
 - २) "कोशिका फाइब्रोजन" से ही गई सहायता छोड़ता विषय प्रकृति की है। यांगी पर हुण्डात द्वारा यी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया वह चुनौती योगी एवं हम्मतान के लिए वह विषय है और "कोशिका फाइब्रोजन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हम्मतान में योगी के इलाज सुधारा जाता है आने जाने की जारी विम्बेदारी होती है एवं हम्मतान की योगी और "कोशिका" को कोई धमिका या कियोदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्त्रीकरण के लिए संस्थान

Date of Surgery अंतर्जात की तिथि 07-01-2023	<u>Sadafnaaz</u> Dr. Sadafnaaz Sabah (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाक्तर का नाम व उत्तराधिकारी संख्या ९९७४३	VIVEK RANA Administrator (Name, Designation & Stamp Authorised Signatory Dr. Shroff Chhatrapati Hospital on behalf of Hospital) नम ए पद हस्पिट अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्टिकोण से

SIGNATURE of TRUSTEE 1

二三九

Safaryl

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इतिहास २

