SRE-C-25-06-0600

APPLICATION No.:	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखणात)							
अगुषेत्त संख्या :	S/0625/0171 APPLICATION DATE: 12-6-25						Building block of life.	
NAME of APPLICANT :	2/00	TOFIL	1-0-0	AGE-YEARS I	nq-वर्ष	SEX fein		
आवेदक का नाम	My.	Jamil		53		M		
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/सद्भ्य का नाम	ME:	ati My. Sa	4°					
		PRESENT RESIDENCE ADD	RESS T	र्तमान आवासीय पर	The .	Val Van	PASTE PHOTO HERE	
103, SSA	nama	news, ng	MOJ	10 1 Ch	uk	esh,	Pull of Post of Jamil (0174)	
	р	ERMANENT RESIDENCE ADD	RESS: F	याई आवासीय पता			Jamel (0174)	
	Sam	i as a	600	c.				
OCCUPATION :	Lab	ow			WA	PRIED (Tauli	त) / UNMARRIED (अविवासित)	
TOTAL ANNUAL INCOME	TOTAL ANNUAL INCOME:					(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) MA		
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाउं खाता संख्या		1			- (-	ज्याप का साह्य	(M) /MH	
] Tick whichever is applicable) स पर सही का निशान लगाये।	4	Yes / N	0			
क्या आप आप कर दाता है	(जा मान्य हा 3	स पर सहा का निशान लगाय।		हां / ध्				
Sr. No.	Na	me of Family Member		Age (Years)	_	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्य		रवार के सदस्यों का नाम		उम् (वर्ष)		<u>लिंग</u>	आवेदकु के साथ सम्बध (1.71 स्टि.	
131	Rukshana.		-	39		a	CATA	
(3)	Sanuk		25		74		Son	
				are a	- III			
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये			never is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरावी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाना प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Co अल्प आय वर्ग प्रमाण प (प्रमाण पत्र की काया प्रति संस	CH .	Ration Card (Attach Copy उपभोक्ता कार (प्रमाण पत्र की साया प्रति		py) तर्द	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
				UESTING ASSIST गये विनती का उद्				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संल							
94	Siagnosis-RE-senite catavact							
		U L(9-	sentu	7	Catw	ract	
	Sw	igerry - RI	= -	5105	W	ith P	ММА	
		V V ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू को	LED for SA	AME "PURPOSE"	from O	THER SOURCE	ES	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थान का नाम		- 100 (1 2000 W 1)			ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पांत्रण पत्र:

- 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, fiable 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 8 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्राचन में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सस्य एवं सही है। यदि कोई विकाण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहापता निरस्त को जा सकतो है।
- मेरे द्वारा जो महायक्त गाँग "कांशिका फाय-वंशन", से ली जा खी है, उसका उथ्योग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिखे किया व्यवेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सतापता डेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आँशक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोछनियोजक बाँमा कम्मनी से न ले लिया है और न ही पविष्य में मुँगा।

A.GREEMENT by APPLICANT (SHREET BRI WHI)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आचेदक) अपनी सक्तमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटो और जो तिनाण इस प्रपत्र में घोषिस है, उसे "सोशिसा" एवम् न्यासी, दान, मत्त्वना/चा दूसरे उद्देश्य से जुटो गर्तिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी मी प्रसार माध्यम में प्रमारित करने के लिए अधिवृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉरिशक फाउकेंसन" य न्यामी अधिवृत है।
- 2) मैं (आकेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, कोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "करोशका" एतम् उसके न्यासियों का निर्णय वर्तिम और बाध्यकारी शोग।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबंदक के हरताबर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (SPRING BID WIR)

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.

हमारे जिपन्त, हमाधरी को अंद से मामले/रोगी को "कोशिका काउन्बेशन" से वितिप सहावता हेतु विफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो क्षांमान और न ही प्रविष्य में वितिय सहामता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उका रोगो/मामले में लेंगे वा ले रहे है, जैसे कि हमने "कांशिका फाउन्डेशन" से मिपारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनीत आशिक/सकल हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य पेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहावता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में संपष्ट कहा खता है कि अस्पताल दितीय महर उक्त रोपी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लंगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ग्रेगी पर हस्यताल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का युनाय ग्रेगी एवं हस्यताल
- कं बॉच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ग्रेमी के शलान सुरक्षा और आने नाने की सप्ती निरमेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई घृषिका पा किम्मेशरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

12-6-72

(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

ARNAB MODAK

SCEH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2