

SRE - C-01 - 10-0738



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

C/1021/0497

APPLICATION DATE : 21/10/2021

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Uahida

AGE-YEARS वय-वर्ष

67

SEX लिंग

F

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

Sharif

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान जागासीध पाला

55/2 Mayaj Shakaipur, Shafraaz Host 2,
Shakaipur, Station Host, Saharanpur,
Uttar Pradesh - 247341

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जागासीध पाला

As Above

OCCUPATION :
अवस्था

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

55,000/- (Family)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष संलग्न) NA

PAN No. स्थाई संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

जो आय आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।

Yes / No
हाँ / 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 सम्बन्ध
1.	Faizal	43	M	Son
2.	Rizwan	40	M	Son
3.	Rakaa	41	F	Daughter-in-Law
4.	Priyanka	37	F	Daughter-in-Law
5.	Afreen	15	M	Grand Daughter
6.	Sulemaan	14	F	Grand Daughter
7.	Agustha	10	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य जोई साक्ष
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाय डिं संलग्न करें)	जल्द आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाय डिं संलग्न करें)	उपायकला कार्ड (उपायकला कार्ड को जाय डिं संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis : RE Nuclear Cataract IE Pseudophakic
	Surgery : RE Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु 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 जोई सहायता एवं
	SCSH	

DECLARATION by APPLICANT: मार्गदर्शक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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.
 - 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.
 - 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 भीषण कानून हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण ऐसे जानकारी के अनुसार लृप्त एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कायल आमत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता गाँठ "कांशिका काठ-हड्डीया", से लैटी जा रही है, उसका उत्तरांग उसी उत्तरांग को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में चाही गया है।

3) मैं पूर्ण कानून हूँ कि यह विवरण ही है यह प्रारूप की गई है, उस रासा का आशिक एवं सकृत हिस्सा किसी अन्य प्रारूपितव्यक्रमीय कानून से न तो लिया है और न ही भवितव्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 fulfillment 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 प्रत्यक्ष जर आपने इसलिए या जींठे की छाप लगवाया, मैं (आवेदक) अपनी स्वतंत्रता को नुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोदयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जी विवरण इस प्रत्यक्ष में पांचित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायों, दान, पारामाण्डुर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसाद या व्यवहार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इनाज के पहले या बाद मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस जल्द से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ित हैं युक्त न्याय: सहायता का हक्काधारी नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोदयों का निर्वाचित अधिकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेक्षक वृत्त हस्ताक्षर का अंगते का नियन

RT p. sign

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा करते)

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.

इनको अधिकार लाभप्राप्ति के लिए में समर्पित/दीयों को "कोरियन फार्माचेटिक्स" से वित्ती महायात्रा के दौरान लिंकिंग की जाती है। वित्ती ग्रुप (हायटलन) वित्त प्रबन्ध से मानव और व्यापारिक दोनों ही

- 1.) यह कि न तो गतीयां और न ही भवित्व में विलिय सहायता किसी ऐसे समकाली गतीयां पर किसी अन्य लक्षण से उक्त रोगी/गामते में लोगे या तो होते हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाइब्रोलॉन” में सिलिकाइट विनियु उक्त के सम्बन्ध में “कोशिका फाइब्रोलॉन” द्वारा मर देता किया है। यदि “कोशिका फाइब्रोलॉन” द्वारा सहायता विनियु आरोग्यकारक है तो असहायता किसी अन्य ऐसे समकाली गतीयां या किसी अन्य सम्बन्धित से सहायता लेने का अधिकार मुश्यित्व सहज है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असहायता द्वितीय मरद उक्त रोगी/गामते हैं, किसी ऐसे समकाली गतीयां पर किसी अन्य लक्षण से नहीं लेना/देना।
 - 2.) “कोशिका फाइब्रोलॉन” से ही गई गतीयां केवल विलिय प्रकृति की हैं: ये गतीय इसकाल द्वारा ही यही समझ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल की ओर का नियम है और “कोशिका फाइब्रोलॉन” द्वारा कियी प्रक्रिया का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में ये गतीय के इकाव सुखा और झले जाने की सरी किम्बेही ये गतीय परं इसकाल की होगी और “कोशिका” की कोई भवित्व का कियोग्यता इस घटनाले नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

VTVEK RANA

Administrators

Dr Shruff's Charity Eye Hospital
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(MAX. 100)
उत्तम विकास अस्पताल अधिकारी

on Behalf of Hospital)

Date of Surgery
अंपोर्ट की तिथि

Dr. PRAVEEN SEN SHAHI
DMC - 97415

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIDA FOUNDATION

आर्द्रिक तथावाग गोप

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताख्य ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

तमामी इन्डिपेंडेंट २

Safaryl

John B