SRE-1-24-09-0185

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थय देखमाल)

Koshika foundation

		W		77		found	ation	
APPLICATION No.:			APPLICATION DATE :03-09-2024			Building bi	ack of life.	
NAME of APPLICANT	and the same of th			AGE-YEARS HTT-TT	SEX THY	200	CASE TIME	
आवेदक का नाम		Kamlesh		55	P	(0)	100	
FATHER'S/SPOUSE'S चित्ता/ब्युम्म का नाम		yr. Chara		Singh		1		
Masta	C - h	PRESENT RESIDENCE ADDRE	ESS TH	मान आसीसीय पता		PASTE PHO	TO HERE	
Meru	1014	E Plates	1400	Mu4953		Pore op	Tost op sh(0511)	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	ESS : 20	ाई जावासीय पता		Kamil	in (0511)	
	B	ame as ab	DU					
MARKIN TOTAL						त) / UNMARRIED (जविवातित)		
TOTAL ANNUAL INCO कृत वार्षिक आग	Y	5,000 (Famil	4	Income)	Attach Proof of Ir आयं का साध्य सं	ferre) NA		
PAN No. स्थार्थ स्त्राता सं			:J					
मपा आप आप कर प्रता	TAX ASSESSEE है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	3	Yes / No श / तथी	-			
	1 6			DETAILS परिवार विवरण		Dalastan ude	a Amallianut	
Sr. No. क्रम संक्ष्या	N.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का छुम		kge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender Erin	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बय		
TP		Charlan Single		60	ATT.	Mushand		
[2]		Scepak				Son		
(3)		SAMULL		20	1000	Son		
	+		+	1709	- Total			
	+		_					
			\perp					
			+					
		BASIS for REQUESTING / सहायता के लिये वि			applicable)			
BPL Ca	EWS Certificate	WS Certificate Ra		ard	Any Other			
(Attach Card Copy)		(Attach Certificate Copy)		(Attach Copy)		Basis/Proof		
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अलय आव वर्ग प्रमाण पत्र	व वर्ग प्रमाण पत्र उपभी			अन्य क	अन्य फोई साध्य	
(प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतरन करे) (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतरन करे।								
				L JESTING ASSISTANCE ।ये विनती का वर्दरेगः				
21-2115	-	tior-year o		TO THE STATE OF STREET	and when the large			
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न								
	-							
	+				o			
Nagnorix - RF - Sently (act	
		Ann			0			
	The state of	V	- /		entit	latali	WIT	
	MINESTER 11 16 Blue 2 14 14 1							
		C					0 - 1 - 1	
		Surgery		TE-	SILS	With	PMMA	
		1 1		2				
		V V	Ten and the second	HE SHIPPOOPER AND A	OTHER COURSE			
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य संहा		लिया गया हो?			
Sr. No. कम संख्या				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायशा रात्री				

DECLARATION by APPLICANT. MINES SHI WITH THE

- 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 fulli, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं धोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवारण एवं कथन असल्य याया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- मेरे ह्या जो सत्तवत तीत "क्रीशिका फाउन्टेशन", में ली जा स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की सूति के लिये किया जानेता, जो इस प्रारूप में परा प्रचा है।
- 3) में पुष्ट करता हूँ कि विस महामत हेतु यह प्रार्थना को गई है, इस सीश का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोक्तनियोजकाश्योमा कम्पनी से न तो सिवा है और न ही भविष्य में खेता।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIER DIT WILL)

- 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.
- (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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताधर मा अंगर्त की स्थप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्डहेरन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि सेंग्र नाम, पता, फोटो और जो जिल्ला इस प्रपत्र में मोषित है, उसे "सोशिका" एवम् त्यासी, दान, वासनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गरिविधियों और उपातीब्यमें से तिरो किसी भी प्रसार भाष्यम में प्रकारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहाले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउडेंसन" व न्यांसी अधिकृत है।
- 2) में (जायेंपक) इस बात में सहमत हैं कि मेरा नाम, फता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकयार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के डालाक्षा या अंगूटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमताल द्वारा कराश)

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 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 sple & 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 अभिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेश्रोपी को "कॉशिका फरड़न्देसन" से विविध सहामता हेतु सिकारिश की नाती है, जिसे इम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो गर्ममान और न ही भौतल्य में विदिय सहायद्या किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेरे थे है जैसे कि हमने "मोलिका फाउन्डेशन" में मिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" इस माद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" इस सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्त्रुः नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य पेर सरकारी संस्था या किसी जन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण्ट में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय पट्द उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य राधन से नहीं सेगा/लेगी।

्र "कर्मेशका फाउन्मेंशन" में जो पर्व महत्त्वता कोवाल वितित्व प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा गो गई सलाह या फिस्पे गये उपचार/प्रीक्रमा का मुक्तव गोगी एवं इस्पताल कं बीच का निषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज मुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हरस्याल की तोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या क्रिमोगारी इस मामले में नहीं श्रोगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपोशन की तरीख 03-09-2024

Dr/Monika Jasrotia DMC No.-5208

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्साक्षर व रवि, 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 हस्तरक्षर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताधर 2