

SRE-C-24-09-0174

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	S/0924/0525	APPLICATION DATE : 04-09-2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Mu. AYYUB	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कानूनी का नाम	Late Mu. KALU			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS बसाने आवासीय पता NEHR ANARKALI MADARSA, SHIYADAN, Gangoh, Khalsa, Gangoh, Saharanpur, Uttar Pradesh, 247301				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाइ आवासीय पता				
Same as above				
OCCUPATION : कामशास्त्र	Laborer	MARRIED (पिण्डित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का मासिय संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	47,000	NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आप कर दाता हैं (जो मासिय हो उस पर सही का निशान लगायें)				
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 (1)	Sharjeel Huda Aman	60 30 30	G M M	Wife Son Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया जाते संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अस्फ वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिकित्सा का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिटर से जारी की गई प्रतिवेदन मूर्ची संलग्न			
<p>Diagnosis - RE - senile cataract LE - Pseudophakic</p> <p>Surgery - RE - SICS with PMMA</p>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत्र से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत्र का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता रही		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर्याप्त:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी किसरण में जानकारी के अनुसार सच्च रूप सही है। परं कोई किसरण एवं कामना असच्च पापा जाता है तो उसे जलाया निरस्त करो जो सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो मान्यता ग्रीष्म "कोशिका काइडेशन", जो लोकों को है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि यिस सहायता हेतु यह प्राप्ति को मार्फत है, उस दृष्टि का अधिकार या सकल किसी निम्न औद्योगिक संस्थान कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिवर्ष में लौटा।

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 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 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.
- 1) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को लाहा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की उपर्युक्त करता हूँ एवं "कोशिका काइडेशन और उसके नवाचारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो किसरण इस एवं में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नाम, दृष्टि, वाचनाद्वय द्वारा उद्देश्य से चुनी गयी विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमाण माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे अपवाह का किसरण मेरे हस्ताक्षर के पाते या बाहर में करने के लिए "कोशिका काइडेशन" वा नवाचार अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काल से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और किसरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे सहज़ सहायता जा जाकर नहीं जाना। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके व्यापकीय का प्रतीक और वाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का लियाया



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर या अंगठे को "कोशिका काइडेशन" से विविध सहायता हेतु नियमानुसार करते हैं, जिसे दृष्टि (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से माना जा सकता करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही अधिकृत में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त संगीयामती में लेंगे या दो रहें हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका काइडेशन" से नियमानुसार नियमित रूप के सम्बन्ध में "कोशिका काइडेशन" द्वारा प्रदान होता है। यदि "कोशिका काइडेशन" द्वारा सहायता किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में सच्च कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदान उक्त संगीयामती हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेना।

- 2) "कोशिका काइडेशन" से दो गैर सहायता के बीच का सम्बन्ध है और "कोशिका काइडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई विवरण नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने जाने की सही विमर्शाएँ योगी एवं हस्ताक्षर को होंगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमर्शाएँ इस सहायता में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति****ARNAB MODAK****ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital).

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोरेशन की तारीख 04-09-2023	Dr. SUNIL VERMA DMC No.- 20634 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोगी न.	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
---	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1*Safayal***SIGNATURE of TRUSTEE 2**
नामी हस्ताक्षर 2*Lic/B*