

SRE-C-24-12-0376

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

## (Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika  
Foundation

Building block of life.

APPLICATION NO:

आवेदन संख्या :

S1224/0702

APPLICATION DATE: 06-12-2024

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Ramlish

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पितृ/स्त्रीमा का नाम

Late Mrs. Brahma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासान वासानीय पता

Bhatia, Shambhu, Uttar Pradesh -  
247776

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जावाहीय पता

Same as above.



PASTE PHOTO HERE

Puroop Post op  
Ramlish  
(0702)

OCCUPATION:

परिवार

Home Maker

(MARRIED (जीवित) / UNMARRIED (जीवित नहीं))

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

49,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का सम्बन्ध संलग्न)

NA

PAN No. स्टेट लोड संख्या

NH

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

आप आय का दाता हैं (जो माना ही उस पर सही का निश्चय होगा)

Yes / No

हाँ नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Mukesh	46	M	Son
2	Deepa	43	F	Daughter-in-law
3	Rajneel	19	M	Grand Son
4	Manu	15	M	Grand Son
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				

**DECLARATION by APPLICANT:** निम्नलिखित परामर्शदाता का:

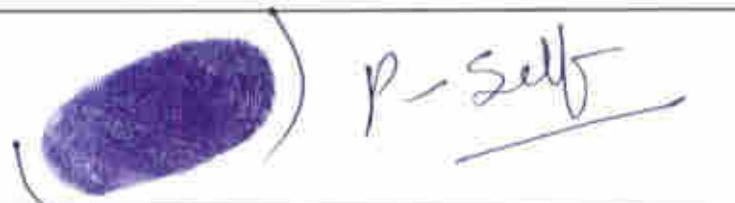
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 4) मैं चेतावनी करता हूं कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण ऐसे जारीकरी के सम्बन्ध में ही हैं। यदि कोई विवरण इस अधिकारी का लाभ लेता है, तो मेरी जारीकरी की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा जी साधारण योग "कोशिका कार्डिनेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसे उद्देश्य को पूर्ण के लिए विषय बनाता, जो इस प्रकार में भरा रखा है।
- 6) मैं पुष्ट करता हूं कि विस साहाय्या हाँ यह प्राप्ति की गई है, उस योग का अधिकारी या माननी अन्य ओर्गेनाइजेशन/संस्था कामकाजी में न जो सिवा है और न ही घोषणा में जूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेंट द्वारा कराया)

- 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.
- 3) इस ब्रॉड पर जारी होनेवाला या लंगड़े की ताक लाभकारी, मे (अप्लिकेंट) जारी सहाय्या को पूष्ट करता हूं एवं "कोशिका कार्डिनेशन" ने उसके जारीकरी " को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरी विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, दाता, वाचनाधारा द्वारा आदेश से जुड़ी विविधिकृत और उपलब्धिकृत विवरणों में घोषित हो गया विवरण में प्रसार साध्यम से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। यदि उपर का विवरण मेरे इच्छान के विवरों का नहीं था तब ये करने के लिए "कोशिका फार्डिनेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 4) मे (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्या के उद्देश्यों में घोषित है युद्ध स्थल, सहाय्या का लाभकारी नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसकी न्यायी विवरणों का विविध अंतर्गत विवरण होना चाहिए।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अप्लिकेंट के हस्ताक्षर या अग्रह का चिनान



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा कराया)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्पताल की ओर से जारीकरी को "कोशिका फार्डिनेशन" से विविध सहाय्या हेतु घोषित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जिस प्रकार में भावन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न कोई विवरण में विविध सहाय्या किसी तरीके से गरकारी संरक्षण का विकास जैसी अन्य स्थीर में उक्त योगी/यात्रान्तर में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फार्डिनेशन" से विविध/विविध उपर के सम्बन्ध में "कोशिका फार्डिनेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फार्डिनेशन" द्वारा सहाय्या विविध अधिकारी/सहाय्या द्वारा मन्दूर वही विवरण जाता है तो अमरणता किसी अन्य तरीके से नहीं दिया जायेगा। यह सहाय्या के लिए कामकाजी सुनिश्चित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल हिस्ट्री प्रॉफ डॉक्टर योगी/यात्रान्तर में लेंगे या दिया जाने वाला योगी/यात्रान्तर में नहीं लेंगे।
- 2) "कोशिका फार्डिनेशन" से कोई गई सहाय्या के बावजूद विविध प्रकृति को है: यहाँ पर हस्पताल द्वारा या जिसे पर्याप्त विवरण द्वारा या अधिकारी/प्रतिक्रिया का चुनाव दी गई एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फार्डिनेशन" द्वारा किसी ड्रेसर का भावी दाता नहीं है। इसलिए हस्पताल में दियी गई इत्यादि सूचा और उन्हें जाने की सही विविधिकृत योगी/यात्रान्तर को दी गई और "कोशिका" की कोई विविध विवरण द्वारा योगी/यात्रान्तर में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE**  
स्वीकृति के लिए संस्कृति

**ARNAB MODAK**

**ADMINISTRATOR  
SCEH SAHAKANPUR**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
हस्पताल की तारीख  
06-12-2024

**Dr. GARVITA JOSHI**  
(Name & Dr. No. 7986 with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्पताल व रोड नं.

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2