

SRE-C-24-12-0419

## **APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

## **(Healthcare)**

( स्वास्थ्य एकान्त्रिक )



APPLICATION No. : जनप्रिय संख्या :	S/1224/0705	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	07-12-2021	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mujo Matloob	AGE-YEARS वय-वर्ष	69	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Late M/o Abdul Gafoor	SEX लिंग	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासीय पता		PASTE PHOTO HERE धैरोही पता Matloob (0705)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान जागरूक पता		Same as above		
OCCUPATION : जबरदस्ती	Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	47,000	(Attach Proof of Income) (आप का साध्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थायी खाता संख्या	NH			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आग केर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS परिवार क्रियारूप				
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) (2)	Saeed Aneesa Hus	69	M	Son Daughter in law Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्तित आवार				
BPL Card (Attach Card/ Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसके प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आश वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को इसके प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को इसके प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु किये गये चिन्ती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिस्ट्रिट से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
<p>Diagnosis - RF senile cataract - LF senile cataract</p> <p>Surgery - RC PHACO with PMMA</p>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी		

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करते हुए:

- 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 चाहता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। पर्यंत कोई विवरण ऐसा कथन बनाता है तो मेरी सहायता निम्न तो जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जैसा कहा गया "कोशिका जाटनीशन", ऐसी जाती है, उसका उपाधीन उम्मीदारीय वीज द्वारा लिया जाएगा, जो इस प्राप्ति में प्रयोग दिया जाएगा।

3) मैं पुष्ट जाता हूँ कि यह सहायता मेरे यह प्राप्ति की सही है। उम्मीदारी का अधिकार या कानून विस्तृत अन्य दूषितव्योंवाली वीज कमी से न जाए लिया है और न ही सहायता में लौटा।

**AGREEMENT by APPLICANT (申請者による同意)**

- 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 प्रकार पर अपने हान्दब्रर पर लगाएं की जाए साकार, में (आवेदक), अपनी सम्मिलि की, पुस्तकालय है एवं "कोशिका काउंटरन और उसके नवाचारों" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, घरों की जीविताएं इस प्राप्त में शामिल हैं, उसे "कोशिका" इकम् नामों, एवं, संचारण द्वारा उद्देश्य से उन्हीं महत्वपूर्ण और उपलब्धियों के लिए विद्यि यो प्रस्ता. याप्तम्  
मेरे अधिकृत करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्राप्त का विवरण मेरे इताव के बातें जो बार मे करने के लिए "कोशिका काउंटरन" व नवाची अधिकृत है।

4) मे (आवेदक) उमा जात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, घरों और विवरण जो कि साकारा की डॉक्टरों में प्रविष्ट है दूसी व्यापारों का लक्ष्य नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" उसम् उपलब्धियों का लिये अधिकृत वापकता देता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आकृति भव विद्या विजयी विजय

AGREEMENT by HOSPITAL (Please see page 3)

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

इसके अधिकारी वर्षानुसारी की ओर से जारी/प्राप्त की गई "अधिकारी वर्षानुसारी" दो विभिन्न लकड़ियां दिए गिरायी गई जाती हैं। इनमें से एक (एकलकड़ी) लकड़ियां पालने में सहायता करती हैं।

- १) यह कि वे ने गोपनीय और वे ही भविष्य में विविध समाजों किसी तरीके से सम्बन्ध या किसी अन्य स्तर से उभय सुरक्षा/समाजों में रहे थे ले रहे हैं, जैसे कि हमने "क्रांतिकार फाउंडेशन" में विपरीतिवाली उत्तर के सम्बन्ध में "क्रांतिकार फाउंडेशन" द्वारा मरण देखा गया है यदि "क्रांतिकार फाउंडेशन" द्वारा सामाजिक विविध विविध जगत के बहुत नहीं किया जाता है तो असमान किसी अन्य तरीके सम्बन्ध का किसी अन्य सम्बन्ध से समाजों ले ने का अधिकार द्वारा दिया रखता है। इन पृष्ठों में स्पष्ट करा जाता है कि अमरपाल द्वितीय मरण उन्हें बाल्य से ही किसी तरीके समाज या किसी अन्य समाज से नहीं भेजा जाता।
  - २) "क्रांतिकार फाउंडेशन" ने तो मई समाजों को विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इमरतों द्वारा ये गई साचाह या किसी गई वरचार/विकास या जुबाह योगी एवं इमरतों के संबंध का विवरण है और "क्रांतिकार फाउंडेशन" द्वारा किसी इतना कई बारें व्यापक नहीं है। इमरतों विवरण में रही के इतने सुधारे और आगे जाने को मार्ग दिया गया है ऐसी एवं इमरतों की दीख और "क्रांतिकार" को कोई विविध का विवरणीय रूप दिया जाना चाहिए तो वही होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

**ARNAB MODAK**  
**ADMINISTRATOR**  
**SCEH SAHARANPUR**

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

Date of Surgery

07-12-2024

Dr. GARVIT 10841, Gouty  
[Name of Dr. & Regn. No. with Stamp]

**ADMINISTRATOR  
SCEH SAHARANPUR**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय कृषि विद्या एवं

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों दस्तावेज़ २

*Siegwald*

John G. Morris