

SRF - C-24-12-0578

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	S/1224/0709	APPLICATION DATE: 10-12-2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Myo Vinod	AGE-YEARS आयु-वर्ष	45	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/स्त्री का नाम	Lati M. B. Bhawtu	SEX लिंग	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Kalyampur, Muzaffarnagar, Doodhi, Uttar Pradesh - 247112		PASTE PHOTO HERE Be op post op Vinod (0709)		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : प्रवर्तन	Labour	MARRIED (जिवालि) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	₹ 6,000	NA		
PAN No.: स्थाई ग्रहण संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आप कर दाता हैं (जो मात्र ही 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
(3)	Renu Kavita	43 20 16	Female	With Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये चिन्ति जाधा:				
BPL Card (Attach Card/Copy) ग्रामीण रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योगी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE महायता हेतु किये गये चिन्ति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
<p>Diagnosis - RE sinus catarrhal - LE sinus catarrhal</p> <p>Symptom - RE PHOCO with PMMA</p>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्रोत से लिया जाता है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लोगों सहायता गरी		

**DECLARATION by APPLICANT:** मानवक द्वया योग्यता प्रदः

- 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.

- १) वे साक्षा करते हैं कि इस छात्रपत्र में सभी क्रियाएँ दोहरी अक्षरों के अनुसार पढ़ देखी हैं। यदि कोई क्रिया एवं कठ्ठन अस्वी पढ़ जाता है तो वे परी साक्षा की जा सकती है।
  - २) ये छात्र जो साक्षा पाएंगे "कोशिकर पाटन-देशम", में लौ जा रही हैं, उसका उपर्योग उसी देश को चूटि के लिये किया जायेगा, जो इस छात्रपत्र में भरा गया है।
  - ३) वे पूर्ण करता है कि बिल्कुल साक्षा इत्युक्त वाक्यों का नहीं है, उस तरीका का आशिक सा सहज दिमांक किसी अन्य घोला/नियोजकालीन कामप्पीरों से न ले लिया है और न ही प्राप्ति में भीया।

**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 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.

21) 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 Kostika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रयत्न पर अपने हमारीला या जनसंघ को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अतनु सहभित्र की तुष्टि करता हूँ एवं “कांगड़ाका फार्मर्सेन और उसके न्यासीयों” को अविकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पारंपरी और विवाहण जो कि साहस्रता के दस्तऐवज से प्राप्तिहै या भूमि स्वरूप साहस्रता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में “कांगड़ाका” एवं उसके न्यासीयों का विविध अस्तिम और आवधारणी होगा।
  - 2) मैं (आवेदक) इस बात से मानस्ता हूँ कि मेरा नाम, पता, पारंपरी और विवाहण जो कि साहस्रता के दस्तऐवज से प्राप्तिहै या भूमि स्वरूप साहस्रता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में

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

मालवक के अन्यायों का बारेटे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (क्रान्ति द्वारा बताए)**

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

and where appropriate to act as a monitor or "liaison officer" to facilitate access for journalists who might be faced with (e.g.,) criminal trials which are secret or otherwise closed to the public.

- १) यह कि न तो अंग्रेज और न ही भारतीय में विविध समाजों की ओर से सरकारी संस्थाओं या किसी अन्य संस्था से उपलब्ध होनी/मालने में लौंग या लौंग रहा है, जैसे कि इसने “कोरिका पाटडंडेशन” में विविध विविध उपकरण में “कोरिका पाटडंडेशन” द्वारा मदर हुए कि है। यदि “कोरिका पाटडंडेशन” द्वारा समाजिक विविध अविवाह/साकाल हुए मन्दिर जौँ किए जाते हैं तो ज्ञानालय किसी अन्य लोककारी संस्था या किसी अन्य समाजों और को अधिकतर सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में व्यष्ट यह है कि अपवाह द्वितीय मदर उपकरणों/मालों से हुए किसी गैर सरकारी संस्था या किसी जनन संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

२) “कोरिका पाटडंडेशन” में जी नहीं साकाल के साथ विविध प्रकृति की है। ये गैर हस्तकल द्वारा यीं जी बलाह या किसी गैरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं हस्तकल के दोष का उपयोग है और “कोरिका पाटडंडेशन” द्वारा किसी प्रकरण का जी नहीं रखता भी है। इसलिए हस्तकल में योगी को इच्छने सुनाहा और अपने जाने को सही विम्मीलाई योगी एवं हस्तकल की दौलती है और “कोरिका” की कोई अधिक या विम्मीती इस मालने में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

ARNAB MODAK

**Date of Surgery**

DMC No.-5208

**ADMINISTRATOR  
SCB SAHARANPUR**  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
**नम व संस्कार अधिकारी**

10-12-2024

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आन्तरिक उपग्रह हैं

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
त्रस्टी एक्यूरी 2

*Sabangal*

Si VB