

SRE-C-23-06-0416

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता लेने आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांपाल)	Koshika foundation	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या :	S/1224/0711	APPLICATION DATE : 10-12-2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Mrs. Usha	AGE-YEARS आयु-वर्ष	56 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/चाहूँ का नाम	Lati. Mho. Bishenbher	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता	Devli Sohanwadi Khar Narkh Sohanwadi Khar District Ludhiana Punjab	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : इकाई अवासीय पता	Same as above.	
OCCUPATION : व्यवसाय	Home Marker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साध्य संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक भाव	48,000 (Family Income)	NA		
PAN No. संग्रहीत संख्या	NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय टक्के दराए हैं (जो मासिक हों उस पर यहाँ 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 अप्पेलेक के साथ सम्बन्ध
(5)	Sanyay Sunita	39	Female	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) माहात्मा के लिये विचारित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के भीतर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी जारी नहीं संतुष्ट हो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म आवास वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जारी नहीं संतुष्ट हो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जारी नहीं संतुष्ट हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: माहात्मा हेतु हिचे गये विचारों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन दस्ती संलग्न			
	Diagnosis - RF - LE - Pseudopelphalic - Senile Confusion			
	Surgery - LE STCS with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVALIAED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य माहात्मा किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIAED लो. गई माहात्मा राशि		

**DECLARATION by APPLICANT:** निम्नलिखित द्वारा मान्यता प्राप्त है:

- 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 शोषण करता हूं कि इस प्रकार से लिखे गये ममी किसी जगह को अद्वाच नहीं करता है। यदि कोई किसी एवं कानून उल्लंघन का जाहा है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा जाना गया "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाति या जाति, उपचार उपचार की पूर्णता के लिये किसी भी अन्य स्रोत से उपचार में बदलाव नहीं है। इस प्रकार मैं आपकी जानकारी को बदलने की जाति या जाति, उपचार उपचार की पूर्णता के लिये किसी भी अन्य स्रोत से उपचार में बदलाव नहीं है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूं कि किसी भी अन्य स्रोत से उपचार उपचार की पूर्णता के लिये किसी भी अन्य स्रोत से उपचार में बदलाव नहीं है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (निम्नलिखित द्वारा किया)

- 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 का अपने हालातारा या अपने को जाप लगाकर, मैं (निम्नलिखित) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उपचार निवारण" को अधिकृत करना हूं कि मैं नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस प्रकार में दीखता है, जैसे "कोशिका" एवं नाम, दृष्टि, वायन-दृष्टि उपचार से बुझी गतिविधि वा उपचारनिवारण के लिये किसी भी प्रमाण प्राप्त करने के लिये अधिकृत है। यदि इसका कानून भी इसका अधिकृत है तो इसका अधिकृत है।
- 4) मैं (निम्नलिखित) इस बात से सहमत हूं कि मैंने नाम, पता, फोटो और किसी भी विवरण जैसे कि जानकारी को उपचार से प्राप्ति है या नहीं रखा। सहायता का आकार जहाँ बढ़ता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपचार निवारण का निषेध अनियम और अवधारणा होगा।

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

निम्नलिखित के हालाता या अपने का विवरण


) P-Selb.
**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा किया)

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.

इसी अनियम, उपचार को अंतर से मन्त्रालय/राजीवी जैसे "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्ति जानकारी संतुष्टि किया जाता है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मन्त्रालय करते हैं।

- 1) यह कि न हो कोई जोड़ न हो अधिकृत में विविध सहायता किसी भी जाति या सहायता ग्राहकान या विविध अन्य स्रोत से उपचार दोषीय वा नियमित न होने वाले हों हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/कठोरी उपचार के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहीं होता कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता उत्तिष्ठाता अधिकृत अधिकृत अधिकृत होता है तो अन्यतर किसी जन्म और सरकारी संस्था या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यतर हितीय भाव उपचार गोणीय/प्राप्तता होने की किसी भी संभावना या किसी अन्य संसाधन से नहीं लेगा/जाएगा।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जीर्ण गयी सहायता के बाहर विविध प्रकार की है। ऐसी पर अन्यतर द्वारा भी जीर्ण सहायता या किसी गोणीय अन्यतर प्रकार की है तो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी उपचार का कोई उपचार नहीं है। इसलिए हस्पताल में योगी के इन्द्रिय सुधार जैसे उपचार जीर्ण की गयी अन्यतर की होता है और "कोशिका" को कोई जीर्णका या जिम्मेदारी इस प्रकार में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

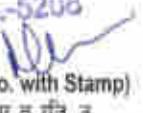
स्वीकृती के लिए संस्कृति

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

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

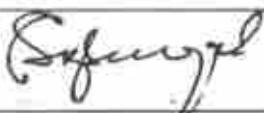
नाम व वर्ज हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंग्रेजी की तारीख 10-12-2024	Dr. Monika Jaiswal DMC No.-5208  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर जामिका जास्वल वर्ज संस्कृति
--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदीक उपचार हैं।

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नामी हस्पताल 1


**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नामी हस्पताल 2

