

SRE-C-22-12-0196

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रेखापाल)

APPLICATION NO.

आवेदन संख्या :

S/1224/0713

APPLICATION DATE 10-12-2024
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mrs. Saroj Devi

AGE-YEARS वय-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कदम्ब का नाम

Late. M.H. Haxiya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कानपुर जाकमीय घर

house no. 485 gaon Khajnowar aht.
Khajnowar aht. Khajnowar Bhopal.
Saharanpur Utter Pradesh - 247129

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान जाकमीय घर

Some other address

OCCUPATION :

जबरदस्त

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कृषि वाणिज्य आदि

49,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थानीय लागत संख्या

NN

NA

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

कृषि आदि आय कर रहा है (जो आय हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No

हाँ / नहीं

Sr. No.

Name of Family Member

क्रम संख्या

परिवार के सदस्यों का नाम

Age (Years)

उम्र (वर्ष)

Gender

लिंग

Relation with Applicant

आवेदक के साथ सम्बन्ध

(1)

Maya
Nisha
Nithu
Rukh39
16
65F
F
MDaughter in law
Grand son
Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियोग आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

ग्रामीण रेशम के दीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छापा पड़ि संतुलन करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अस्पताल वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतुलन करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपचारका बाबू
(प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतुलन करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/टॉक्सिटर से जारी की गई रिपोर्ट या सूची संलग्न

Diagnosis- RF senile cataract
- LE senile cataract

Surgery- LE SICS with PMMA

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 राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते;

- 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 पापा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गए सभी किलोग्राम में से जानकारी के अनुचार सब्स एक सही है। और कोई किलोग्राम असाध पापा बताता है तो मेरी सहायता निश्चित की जा सकती है।

2) मेरा जी मालवाला गरी "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की मुद्रा के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में आ गया है।

3) मैं पुरी करता हूँ कि इस मालवाला हुए गए प्राप्ति की तरह है, उस गरी का अधिकार वा सकल हिस्सा विद्युत अमेरिकन एवं कॉम्पनी वे तक है जो तो सिम्प है और वही अधिकार वे हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 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 fulfillment 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.

1) इस प्रत्यक्ष वा अपने हस्ताक्षर का अंगठे की साथ नम्बरांक, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके लक्ष्यों" को जोपकृत करता हूं कि ये नाम, पात्र, योगदान और ये विवरण उस प्रकार में स्वीकृत हैं, जैसे "कोशिका" पंख्य नामों, रास, धारण/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार या व्यापार में प्रचलित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रत्यक्ष का विवरण ये इतना के पाठ्य या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नाम भी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस वाले से माझे हूं कि ये नाम, पात्र, योगदान और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति हैं युक्त स्वतः सहायता का हक्कादार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रत्यक्ष लक्ष्यों का नियंत्रण करता है और कामकाली होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

मासिक को असली या अस्ति का निष्पत्त

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा सहमति)

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.

अब उसका अवधारणा की तरह इन्होंने विभिन्न विभागों की समीक्षा की है। यहाँ एक विवरण दिया गया है कि विभिन्न विभागों की समीक्षा की तरह इन्होंने विभिन्न विभागों की समीक्षा की है।

- १) यह कि, न ही कोरियन और न ही प्रविष्टि में विभिन्न भाषायात्र किसी गैर-साक्षात् संस्कृत वा किसी अन्य स्तोत्र से उपर्याह उत्तरोत्तमने में लोक भा जो है है, तोसे कि हमने “कोरियन फाउल्डर्सन” ये सिद्धान्तिकार्यालय उक्त के सम्बन्ध में “कोरियन फाउल्डर्सन” द्वारा बदल हुए कि है। वह “कोरियन फाउल्डर्सन” द्वारा सहायता दियी गई अधिकार सकल हैं यह भन्नुए नहीं किया जाता है एवं भग्नात्मक किसी अन्य गैर-साक्षात् संस्कृत या किसी अन्य संस्कृत में साक्षात् जोने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में बदल करा जाता है कि अभग्नात्मक द्वितीय बदल उक्त गैर-साक्षात् है कि किसी गैर-साक्षात् संस्कृत वा किसी अन्य साधन से नहीं लोगा जाता।

२) “फाउल्डर्सन” में लोग गैर-साक्षात् कोसल दियिए प्रकृति को है। ऐसी प्रारंभ स्थापन ही गैर-साक्षात् या किसी गैर-उपचार/प्रक्रिया का उत्पन्न रूपी एवं हस्तक्षण के लोक का किया है और “कोरियन फाउल्डर्सन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्तक्षण में ऐसी को इत्तम दुर्लभ और असे जोने की मारी कियेएटे-ऐसी एवं हस्तक्षण को ऐसी जैसी “कोरियन” को कर्त्ता भीका या विस्तीर्णी इस सम्बन्ध में जड़ी जाती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

ARNAB MODAK

THE MODERN
ADMINISTRATION

SCHOOL OF SCEH SAHARANPUR

Designation & Stamp of Authoris

Date of Surgery अंतिम चोराता 10-12-2024	Dr. GARVITA JOSHI (Name & Designation) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोड न.	ADMINISTRATOR SCEH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कार्यीक उपयोग के

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों दस्तावेज़ २

Schweigl

lieve