

S.R.F - C - 24 - 12 - 1107

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO:

आवेदन संख्या :

S/1224/0742

APPLICATION DATE / 7-12-2024

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Munibe

AGE-YEARS आयु-वर्ष

41

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम

Mr. Zahid

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सत्रियन आवासीय पता

Mo. MHAJANAN, Behat, Saharanpur,  
Uttar Pradesh - 247121

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वतंत्र आवासीय पता

Same as above


  
Koshika  
foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

 Pre op post op  
 MUNIBE  
 (0742)

OCCUPATION:

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No.: स्थाई भुगतान संख्या

NA

NP

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

क्या आप आय कर रहा है? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें।)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Zahid	45	M	Husband
2	Salman	15	M	Son
3	Femina	12	M	Son
4	Osman			Son

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (उम्रान वर्ष की जाया वर्ति संस्थान द्वारा)	अस्पताल/हास्पिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	उपभोक्ता कार्ड (उम्रान वर्ष की जाया वर्ति संस्थान करो)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विकल्प का उल्लेखः

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Diagnosis- RE Schlerosaroma  
- LE Schlerosaroma

Surgery- RE SCCS 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.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो. गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT:** नामक द्वारा प्राप्त करें।

- 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. \*
- 1) मैं जोखिया करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ये जल्दी ही और कोई विवरण एवं कथन अंमें पाया जाता है तो उसे जाहाज फिल्म की तरफ सकता है।
  - 2) मैं प्राप्ति को मान्यता देता "कोशिका फाउंडेशन", से ले जा सकता है, इसका उपयोग उसी उद्देश को पूरी के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में मान्य नहीं है।
  - 3) मैं यूटीट करता हूँ कि डिम. जाहाज द्वारा यह प्राप्ति को नहीं है, उस तरीके से जाहाज का अधिकार या सकल विस्तृत अन्य द्वारा/नियोजित तीसी कम्पनी में न योग्यता है और न योग्यता में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक 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 उत्तर पर जाने हमेंका या, जिसके कोड जान नहीं कर, मे (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामों "को जीरकत करता हूँ एवं ये नाम, पता, जाहाज और मे विवरण इस प्राप्ति में अधिकृत हैं, उसे "कोशिका" एवं नामी, दाता, वाचनाधारा दूसरे उद्देश से नुदी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से उल्लंघन करने के लिए अधिकृत हैं योग्य प्राप्ति का विवरण मेरे इच्छा के बदले में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ये नामी अधिकृत हैं।
- 4) मैं (आवेदक) इस बताए जाने सहमति हूँ कि मेरा नाम, पता, जाहाज और विवरण जो कि जाहाज को उद्देश्यों से ग्राहित है युक्त स्वतः जाहाज का हकार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उनके नामीयों के लिये अधिकृत वाचनकारी होगा।

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

आवेदक के इच्छाकारी नाम पर अंगूठे का लिया।




**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हमेंका 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 this matter.

हमारे अधिकृत, हमेंका को और मे सम्बन्धितों को "कोशिका फाउंडेशन" में विविध सहायता देता विकास को जाता है, जिसे हम (हमेंका) निम्न प्रकार में मान्य व अधिकृत करते हैं।

- 1.) यह कि न ही जाहाज-और न ही योग्यता में विविध सहायता दियी गई सरकारी संस्थान या विस्तृत अन्य संस्थान से उक्त योग्यता के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविधीय उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मद्दत हुई कि है। और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध आवास/कार्यालय देता युक्त नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य वीके सरकारी संस्था व विविध अन्य संस्थान से सहायता सेवे का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस पूर्ण में स्वतः कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मद्दत उत्तर से/स्थान से हुए विविध और भावनाएँ नहीं लेता/लेती।

- 2.) "कोशिका फाउंडेशन" से तीर्ती गयी सहायता के सम्बन्ध में प्रकृति जो है। योग्य प्रकार इस प्राप्ति को जाना या विविध संपादन/अक्षियों का चुनाव योग्य एवं सर्व हमेंका के बोध का विवर है। और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विस्तृत अन्य संस्थान जीवों द्वारा देखा जाता है। इसलिये हमेंका में ऐसी की इच्छा मूल्या और अनेक जाने की सही विषयोंही योग्य एवं संस्थान की सही और "कोशिका" की जीवों द्वारा देखी जाने की सही होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वाक्षरी के लिए संस्कृति

**ARNAB MODAK**

**ADMINISTRATOR  
SCEH SAHARANPUR**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
ग्रन्थ व पर हमेंका अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तिथि

17-12-2024

**Dr. GAVVITA JOSHI**  
DMC No.-79866

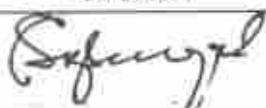
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर का संग्रहीत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर।

