

SRE-C-24-12-1138

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	S/1224/0746	APPLICATION DATE: 18-12-2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mijo Mahavir	AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम	Lati Mijo Paltu	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती अवासीय पता Sisaka, Saharulpur, Uttar Pradesh - 247349		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता same as above				
OCCUPATION: अवस्था	Laborer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) <input checked="" type="checkbox"/> (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़) NA		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	45,000	Yes / No हाँ / नहीं		
PAN No.: स्ट्रोई नंबर संख्या	NA	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
1 2	Mijo Radha Saksham	36 36 10	M F F	Son Daughter in law Grand Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) मरीजी रेगिस्ट्रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञाप्ति भर्ति संतुष्ट होता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपय आय वर्गी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञाप्ति भर्ति संतुष्ट होता है)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को ज्ञाप्ति भर्ति संतुष्ट होता है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीवेन्यू सूची संलग्न			
<i>(Diagnosis - RE Pseudopharynx - LE SCHIZO CATARACT)</i>				
<i>(Surgery - LE STCS with PMMP)</i>				
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 ली गई सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करते हैं:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार सच्च पूर्ण हैं। यदि कोई विवरण एवं काम का अधिक प्रमाण उपलब्ध नहीं है तो ऐसी घोषणा की जाएगी है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गोपनीय "कोशिका कारन्डेशन", में लोग चढ़ते हैं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायगा, जो इस प्राप्ति में था गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि मैंने यह सहायता का उपयोग करने की गई है, उस घोषणा का अनुरोध या सकारात्मक बोली/नियोजित/बीमार कामों में न लगाया है और न हो भवित्व में लौंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा करते हैं)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर जारी होने वाली या लोडों की जानकारी, जैसे (आवेदक) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका कारन्डेशन और उपलब्ध नामों" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने यह प्राप्ति अपनी जीवन के विवरण इस प्राप्ति में दर्शाया है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दान, जानकारी दूसरे उद्देश्य में नुहों परिवर्तित की जिसे किसी भी प्राप्ति या व्यापार माध्यम से प्रमाणित करने के लिये अधिकृत है। मेरे परावर का विवरण मेरे इतने के गहरे या छोटे में करने के लिए "कोशिका कारन्डेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस घोषणा की दर्शाया हूँ कि मेरा नाम, नाम, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों में दर्शाया है मुझे स्वतः सहायता का सकारात्मक नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपलब्ध नामों का विवरण अंतिम और संपूर्णरूप होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा करते हैं)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से यापत/एगी को "कोशिका कारन्डेशन" में विविध सहायता हेतु जानकारी की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में जानकार करते हैं।

1) यह कि न कोई अधिकृत वर्ते न हो अधिकृत में विविध सहायता किसी भी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से, उसका गोपनीयतावाले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कारन्डेशन" में संपर्कसंरचना के रूप में "कोशिका कारन्डेशन" द्वारा योगदान हेतु किया है। यदि "कोशिका कारन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत/संस्थान हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अध्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजान में सहायता लेने का अधिकार भूलिये रखता है। इस पूर्ण में स्वतः कहा जाता है कि अध्यताल द्वितीय योगदान उपर उपर संस्थानों से हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजान से नहीं लेगा/लेंगी।

2) "कोशिका कारन्डेशन" में लोग गई सहायता के बारे में विवरण है और "कोशिका कारन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इतने सुखा और उन्हें बनाने की जागी जिम्मेदारी एगी एवं हस्पताल को होनी और "कोशिका" को कोई पूर्णकार्य या किसी भी उम्मीद नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
स्वाक्षरी के लिए संस्कृति

**ARNAB MODAK**

**ADMINISTRATOR  
SCEH SAHARANPUR**

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**Dr. GARVITA JOSHI**

**DMC No.-79868**

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

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर का ग्रन्थी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक उपरोक्त हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2