

S.R.F. - C - 24 - 12 - 1279

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO:

आवेदन संख्या : S/1224/0747

APPLICATION DATE: 19-12-2024

आवेदन की तिथि

NAME of APPLICANT:

राजेन्द्र की जाप

Mrs. Anita

AGE-YEARS: वय-वर्ष

50

SEX: लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/काकी का नाम

Mr. Naresh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्तव्यान आवासीय ठाई

house no. 36, Govt. Sahiimpura, Thohimimpur, Sahiimpura, Jharkhand, 247232

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य आवासीय ठाई

Same old aban

OCCUPATION:

काम किए गए

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

जीवन बिहारी का जाप

50,000 (Family Income)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)  
(जाप का सास्थ्य संलग्न)

NA

PAN No.: स्वास्थ्य संलग्न

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

जाप जाप आवास का जाता है (जो मानव 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के जाप सम्बन्ध
1 H S	Marysh Aditya Devi	32 26 36	M M M	Husband Son Son

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

सहायता के लिये चिन्ति आधार

BPL Card (Attach Card/ Copy)	EWG Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साझा
मरीजी रेगा के नोटे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया भर्ति संलग्न भरें।)	अल्प अया वर्ती प्रमाण पत्र (इन्हां पत्र की जाया भर्ति संलग्न करें।)	उपभोक्ता कार्ड (इन्हां पत्र की जाया भर्ति संलग्न करें।)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्ति का उद्देश्य:

Sr. No. जाप संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई चिकित्सा दस्ती भर्ति
	<i>Diagnosis- RE Cataract - LE Cataract</i>
	<i>Surgery- RE PHACO with ILMN</i>

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. जाप संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लिये गई सहायता राशि


  
Koshika  
foundation

Building Block of life.


 Paste Photo Here  
 Re up past op  
 Anita (0747)

**DECLARATION by APPLICANT:** अर्थात् द्वारा घोषणा करें।

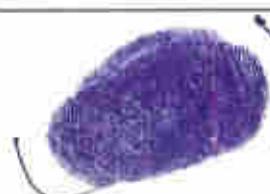
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 पापर्णा जाता हूँ कि इस प्रकाश परे दिये गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुरूप मात्र एवं सती हैं। यदि कोई विवरण एवं काम अस्वीकार्य या चाहा है तो ऐसे सामग्री के लिए आवश्यक नहीं की जा सकती है।
- 2.) मेरे द्वारा जाने वाले सहायता कारोबार "कोशिका कार्डिनेशन", मेरी जी जी है, उमका उन्होंने उसे उद्देश्य को दूरी के लिए किया जाना, जो उम प्राप्ति में था नहीं है।
- 3.) मैं पुराने काल से ही किसी विवरण मामला नहीं यह प्राप्ति की गई है। उस गांधी का अधिकार या मामला हिस्सा विवरों जाने विद्युतीकरण कामों में न जाना जाए और न जो भवितव्य में नहीं।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अर्थात् द्वारा करार)

- 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 प्रकाश पर जाने वाला जो अधिकार की ताप समाज, मेरे अधिकार की तुलना में इस "कोशिका कार्डिनेशन और उमका जानकारी" को अधिकृत करता हूँ तो "कोशिका कार्डिनेशन और उमका जानकारी" को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह नाम या नामों जीवे विवरण इस प्रकाश में प्रोत्तिष्ठित है, उसे "वार्तावाक्य" एवं नामांकन, दाव, वाचन/वाचन इसे उद्देश्य में नुदी प्रतिविवरणों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार या सम्बन्ध में प्रत्यापित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इसका के प्राप्ति एवं उपलब्ध करने के लिए "कोशिका कार्डिनेशन" व जानकारी अधिकृत है।
- 2.) मैं (अधिकार) इस जाता से मामला है कि मेरा नाम, फोटो और विवरण जो कि मामला को उद्देश्य में प्राप्ति है युक्त स्वतः मामला का हक्कदार नहीं जानता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उमका जानकारी का निश्चित अधिकृत और वापर्यकृत होता।

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

अर्थात् के इस्तेवार या अंगूठे का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हमामत द्वारा करार)

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.

हमने अधिकृत, इस्तेवारों को अंगूठे से "कोशिका कार्डिनेशन" में विवरण मामला इन्हु विवरणों को जानते हैं, जिसे हम (हमामत) निम्न प्रकार में सम्बन्ध न स्थापित करते हैं।

1.) यह यह जो जी वासिता और न ही आवश्यक में प्रतिविवरण मामला किसी गैर मामलों या गोपनीयों से उक्त गोपनीयों से लेंगे जो ले गए हैं, जैसे कि इसने "कोशिका कार्डिनेशन" में विवरणित/विवरित उक्त गोपनीयों में "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा बदल दिया गया है। यदि "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा मामला विवरण अधिकारकाल द्वारा मान्यता प्राप्त किया जाता है तो अस्पताल किसी अध्ययन या मामलों की सम्बन्ध में मामला को अधिकृत घोषित रखता है। इस भूमिका में स्वास्थ्य कर्ता जाता है कि अस्पताल द्वितीय भूमिका में उपर्युक्त गोपनीयों को गोपनीयों की सम्बन्ध में नहीं लिखा जाना।

2.) "कोशिका कार्डिनेशन" में जी गई मामला को अधिकृत करता है। योगी पा हमामत द्वारा दी गई मामला या किसी गोपनीयों का चुकाव योगी एवं हमामत की ओर से और "कोशिका" को अंगूठे भूमिका या विमर्शार्थी इस मामले में जानी जाती है। इसलिये हमामत में योगी के इसका मूलता और जाने जाने की मारी विमर्शार्थी योगी एवं हमामत की ओर से और "कोशिका" को अंगूठे भूमिका या विमर्शार्थी इस मामले में जानी जाती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
स्वीकृती के लिए संस्थापन**ARNAB MODAK****ADMINISTRATOR**SCEH SAHARANPUR  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम व पद हमामत अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अंगरेजी की तारीख

19-12-2024



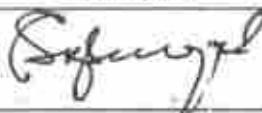
Dr. Monika Jasrotia  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजिस्ट्रेशन नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्भुक्त उपर्युक्त हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

