

SRE-C-24-12-0749

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	S/1224/0756	APPLICATION DATE: 21-12-2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Mrs. Masharufa	AGE-YEARS: 53	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	Mrs. Shafik Ahmad	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थायी पता HOME NO - 56, MOHALLA - HATHARA, SIRS AWW, SABRAGHAN, Behat, Sabrangpur, Sambhal, Uttar Pradesh, 247232		
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जागरूक पता same as above		
OCCUPATION: अवस्था:	Home-Maker	MARRIED (जिवालि) / UNMARRIED (जीविलिट)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	48,000 (Family Income)	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष लेतन)		
PAN No.: शब्द संख्या:	NA	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर देते हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1 1	Shafik Ahmad	54	M	Husband
2 2	Mihmood	36	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनीत उद्देश्य				
BPL Card (Attach Card, Copy) मरीजी देख के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र और जापा भ्रूंह संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अला आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा इति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठपमीक्स कार्ड (प्रमाण पत्र की आप इति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनीत का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
<p>Diagnosis - RE senile catapault - LE senile catapault</p> <p>Surgery - RE SICS with IMMA</p>				
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 लगे गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: निम्नलिखित द्वारा जीवन का प्रकाश:

- 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 निम्नलिखित काला हूँ कि इस छपरे में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं यही है। परं कोई विवरण एवं कथन असत्य या घोटाला है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मेरे द्वारा जीवन का नाम "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जीवन की उम्र और जन्म तिथि या जाति, जो इस प्रकाश में भव्य रूप से दर्शाया जाता है।
- 6) मेरे पूर्ण जाति है कि इस सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गणि का अधिक या सकारात्मक रूप से उपयोग करना चाहिए ताकि अन्य और/या कानूनी व्यवस्था के लिए उपयोग की जाए।

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 उपर का अनुरोद हमारा या बोर्ड की जाति लालकर, मेरे (आवेदक) जानकारी सहित की तुलना में यह "कोशिका फाउंडेशन" और उसके जानकारों को सम्मिलित करता है जिसे "कोशिका" एवं नामों रूप, वाचकात्मक दूसरे उद्देश्य में जुही गोलियों और उत्तराधिकारों के लिए किया भी गया रूप से सम्मिलित करने के लिए अनिवार्य है। मेरे पूर्ण जाति विवरण में इनके के पास या अद्य में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या नामों की सम्मिलित है।

4) मेरे (आवेदक) इस जाति में सहायता हेतु कि मेरा नाम, पाता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्राप्ति है, मुझे लख, मालाया, जा लक्षण, नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामों का लिए अधिक और वाचकात्मक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की उम्मीदवाली का संदेश का लिएगा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 in the matter.

हमांना अधिकृत, हमाराएं जीवन में सहायता देने वाली को "कोशिका फाउंडेशन" में लिए गये विवरण को जानते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उक्ताव द्वारा स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न गो जानकारी वही न ही अधिकृत में लिए गये सहायता की तुलना में सहायता की सम्भावना या विवरण अन्य संस्थान से उक्त गोरोगी/सामाजिक में लिए गए रूप से रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" में सिवायरियर्स/विवरण उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मर्द ही है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण आधिकारिक सामाजिक दृष्टि मन्दूर यही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गो जानकारी संस्थान के लिये अन्य सम्भावना में सहायता देने का अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध का उक्त जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर्द उक्त गोरोगी/सामाजिक में सहायता की संस्थान में नहीं लेगा।

2) "कोशिका फाउंडेशन"-में लिए गये सहायता की तुलना में लिए गये विवरण प्रदूषित की जाती है। योगी पाता हस्पताल द्वारा दी गई मन्दाव या किये गये वरपाल/प्रीक्रिया का पुराव योगी यह हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उक्त का कोई दर्शाव नहीं है। हमारी इस्पताल में योगी के इताव सुनाया और अन्य बातें जो सारी जिम्मेदारी योगी पाता हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई पूर्णका या विम्पेटी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Monika Jaisrotra लिए गए संस्कृत
DMC No.-5208

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR

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

नाम: च. अन्न अस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		आवेदक उपर्योग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1	NAMOOLI HOSPITAL	SIGNATURE of TRUSTEE 2
<i>Surajpal</i>		<i>Lic RB</i>