

SRE-C-24-12-1355

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION NO.
आवेदन संख्या :

S/1224/0757

APPLICATION DATE: 21-12-2024
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Mr. Min

AGE-YEARS उमेर-वर्ष
71SEX लिंग
MFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम:

Late - Mr. Kali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कर्मसूची पाता

Hathchhaya, Hathchhaya, Shimla, Harchay,
Uttar Pradesh, 773001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थान

Shimla, Himachal Pradesh

OCCUPATION:
प्रवृत्ति

Labour

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47,000
NA

MARRIED (जिवाल) / UNMARRIED (अजिवाल)

(Attach Proof of Income)
(आप का माल्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी स्वातंत्र्य संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहे हैं (जो मान्य औ उत्तर पर जाही का निशान लगाये)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1 (1)	Mechmey Mechmey Mechmey	30	M	Son जन्मी जन्मी
2 (2)				
3 (3)				
4 (4)				
5 (5)				
6 (6)				
7 (7)				
8 (8)				
9 (9)				
10 (10)				
11 (11)				
12 (12)				
13 (13)				
14 (14)				
15 (15)				
16 (16)				
17 (17)				
18 (18)				
19 (19)				
20 (20)				
21 (21)				
22 (22)				
23 (23)				
24 (24)				
25 (25)				
26 (26)				
27 (27)				
28 (28)				
29 (29)				
30 (30)				
31 (31)				
32 (32)				
33 (33)				
34 (34)				
35 (35)				
36 (36)				
37 (37)				
38 (38)				
39 (39)				
40 (40)				
41 (41)				
42 (42)				
43 (43)				
44 (44)				
45 (45)				
46 (46)				
47 (47)				
48 (48)				
49 (49)				
50 (50)				
51 (51)				
52 (52)				
53 (53)				
54 (54)				
55 (55)				
56 (56)				
57 (57)				
58 (58)				
59 (59)				
60 (60)				
61 (61)				
62 (62)				
63 (63)				
64 (64)				
65 (65)				
66 (66)				
67 (67)				
68 (68)				
69 (69)				
70 (70)				
71 (71)				
72 (72)				
73 (73)				
74 (74)				
75 (75)				
76 (76)				
77 (77)				
78 (78)				
79 (79)				
80 (80)				
81 (81)				
82 (82)				
83 (83)				
84 (84)				
85 (85)				
86 (86)				
87 (87)				
88 (88)				
89 (89)				
90 (90)				
91 (91)				
92 (92)				
93 (93)				
94 (94)				
95 (95)				
96 (96)				
97 (97)				
98 (98)				
99 (99)				
100 (100)				
101 (101)				
102 (102)				
103 (103)				
104 (104)				
105 (105)				
106 (106)				
107 (107)				
108 (108)				
109 (109)				
110 (110)				
111 (111)				
112 (112)				
113 (113)				
114 (114)				
115 (115)				
116 (116)				
117 (117)				
118 (118)				
119 (119)				
120 (120)				
121 (121)				
122 (122)				
123 (123)				
124 (124)				
125 (125)				
126 (126)				
127 (127)				
128 (128)				
129 (129)				
130 (130)				
131 (131)				
132 (132)				
133 (133)				
134 (134)				
135 (135)				
136 (136)				
137 (137)				
138 (138)				
139 (139)				
140 (140)				
141 (141)				
142 (142)				
143 (143)				
144 (144)				
145 (145)				
146 (146)				
147 (147)				
148 (148)				
149 (149)				
150 (150)				
151 (151)				
152 (152)				
153 (153)				
154 (154)				
155 (155)				
156 (156)				
157 (157)				
158 (158)				
159 (159)				
160 (160)				
161 (161)				
162 (162)				
163 (163)				
164 (164)				
165 (165)				
166 (166)				
167 (167)				
168 (168)				
169 (169)				
170 (170)				
171 (171)				
172 (172)				
173 (173)				
174 (174)				
175 (175)				
176 (176)				
177 (177)				
178 (178)				
179 (179)				
180 (180)				
181 (181)				
182 (182)				
183 (183)				
184 (184)				
185 (185)				
186 (186)				
187 (187)				
188 (188)				
189 (189)				
190 (190)				
191 (191)				
192 (192)				
193 (193)				
194 (194)				
195 (195)				
196 (196)				
197 (197)				
198 (198)				
199 (199)				
200 (200)				
201 (201)				
202 (202)				
203 (203)				
204 (204)				
205 (205)				
206 (206)				
207 (207)				
208 (208)				
209 (209)				
210 (210)				
211 (211)				
212 (212)				
213 (213)				
214 (214)				
215 (215)				
216 (216)				
217 (217)				
218 (218)				
219 (219)				
220 (220)				
221 (221)				
222 (222)				
223 (223)				
224 (224)				
225 (225)				
226 (226)				
227 (227)				
228 (228)				
229 (229)				
230 (230)				
231 (231)				
232 (232)				
233 (233)				
234 (234)				
235 (235)				
236 (236)				
237 (237)				
238 (238)				
239 (239)				
240 (240)				
241 (241)				
242 (242)				
243 (243)				
244 (244)				
245 (245)				
246 (246)				
247 (247)				
248 (248)				
249 (249)				
250 (250)				
251 (251)				
252 (252)				
253 (253)				
254 (254)				
255 (255)				
256 (256)				
257 (257)				
258 (258)				
259 (259)				
260 (260)				
261 (261)				
262 (262)				
263 (263)				
264 (264)				
265 (265)				
266 (266)				
267 (267)				
268 (268)				
269 (269)				
270 (270)				
271 (271)				
272 (272)				
273 (273)				
274 (274)				
275 (275)				
276 (276)				
277 (277)				
278 (278)				
279 (279)				
280 (280)				
281 (281)				

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का घोषणा चर्चा:

- 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में दर्शिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सही एवं सटी है। परं कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।
- 5) मैं इस ग्राहक सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेन्स", से लौट जा रही हूं, उसका उपयोग उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकाश में भाँत नहीं है।
- 6) मैं खुशी करता हूं कि विषम सहायता द्वारा यह प्राप्ति की गई है, उस तरह का अधिकार या सकात हिस्सा विस्तृत विवरण/विवरण कर्मचारी मेरे न गोलिया है और न गोलिया मेरे लौंग।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन करने के लिए)

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 प्रकाश पर अप्लिकेशन का अनुठान की जाने वाले कार्यालय, मेरी (अप्लिकेशन) अनुठान सहनारी को पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका काउन्डेन्स और उसके जारीयों" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, पता, जांची वीर जो विवरण इस प्रकाश में दर्शिये हैं, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानी, जान, जागरूकता द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये कियी जो प्राप्त आपातम

से प्राप्तान्तर करने के लिए अधिकृत है; मेरे प्रधान का विवरण-मेरे इच्छा के पात्रों या अद्वा ने करने के लिए "कोशिका काउन्डेन्स" के नामस्थानी अधिकृत है।

4) मैं (अप्लिकेशन) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, जांची और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जारीयों का विवरण अधिकृत और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के हस्ताक्षर का अनुठान का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर करना)

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.

इसपर अधिकृत, हस्ताक्षर को जारी रखने वालों द्वारा "कोशिका काउन्डेन्स" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न इच्छा से जानकार करते हैं।

1) यह कि न तो वासिन्दा और न ही वासिन्दा में विविध सहायता दिया जाए जिसकी अल्प जांची में उक्ता रोगी/जानवर में लेंगे या ले गए हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेन्स" में सिवायित/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेन्स" द्वारा यहां हेतु किए हैं। यदि "कोशिका काउन्डेन्स" द्वारा सहायता विविध अधिकारी/सकात हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अल्प और सरकारी संस्थाएं द्वारा किसी अल्प सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में सम्बन्ध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यहां उक्त सेवी/प्राप्ति हेतु किसी और सरकारी संस्था द्वारा जन साधन से नहीं लेगा/लेंगी।

2) "कोशिका काउन्डेन्स" से लौट जाए सहायता के बाहर विविध प्रकृति की है। रोगी पर अस्पताल द्वारा यह गई सहायता या किये गए उपचार/आयुर्वेदिक वा कार्यक्रम यहां योग्य है और "कोशिका काउन्डेन्स" द्वारा किसी उपचार या उपचार का कोई रख़्यात नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के इताजा सुनाया और जाने जाने को सही विवरण दिया गया है। एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवरण इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Dr. Monika Jasrofia
DMC No.-5208

Date of Surgery
अधिकारी को जारी करने की तिथि
21-12-2024

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉ. मोनिका जस्रोफिया का नाम व अस्पताल के रजिस्टर नं.

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
नाम के पर हस्ताक्षर अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्भूत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2