

SRF-C-24-12-1375

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION NO.: आवेदन संख्या:	S/1224/0759	APPLICATION DATE : 21-12-2024 आवेदन तिथि	 PASTE PHOTO HERE	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mrs. Satto	AGE-YEARS आयु-वर्ष 69	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Late Mr. Mahipal			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासान अवासीक पता Village - Bhappa, Taran, Saharanpur, Uttar Pradesh- 247343	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासीक पता Same as above.			
OCCUPATION: प्रधानपद	Home Maker	<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप का साथ संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	48,000 (Family Income)	NA		
PAN No.: व्यापार संख्या	NIA	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दरमा है (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगायें)		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार की सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1 13	Anand Ruchi Mayank	46 33	M F	Sister in law Gedand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनाति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओरा डिट संरक्षण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अमर आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ओरा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिनाति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीतमेन मूली संलग्न			
<p>Diagnosis - RE - Total Senile Cataract LE - Pseudophakic</p> <p>Surgery - RE - SICS with PMMA</p>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
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 यह:

- 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 प्राप्ति मेरे लिए मेरी जिकरता मेरी जानकारी के अनुसार सत्य यथा जहा है। यदि कोई विवरण इव नामक अमल यात्रा है तो मेरी ज्ञानकाल नियम की जो नियम है।
- 2) मैं प्राप्त जो ज्ञानकाल यह "जोशिका काटडॉर्सन", मेरी जो यात्रा है, उसका उपयोग यही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरा यात्रा है।
- 3) मैं पूरी जानता हूँ कि विषय ज्ञानकाल हेतु यह आवधि की गई है। इस यात्रा का अधिकार या सकल विषय किसी अन्य संस्था/नियम/नियोजन/बीमा कानूनी से न जा सकता है और न तो विधिय में चूँगा।

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 प्राप्ति का अमल ज्ञानकाल या जानकारी जो (आवेदक) अपनी ज्ञानकाल को पूर्ण करता है यह "जोशिका काटडॉर्सन जौर उमसके नामांकन" को अधिकृत करता है कि यह नाम, यात्रा, भागी और जो विवरण इस प्राप्ति मेरी ज्ञानकाल का अधिकृत है, उसे "जोशिका" एवं नामी, जौर, ज्ञानकाल द्वारा उद्देश्य में जुड़ी विधियां और उपचारियां के लिए किसी भी प्राप्त जाप्ति में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। नये प्राप्ति का विवरण मेरे इसका को बहले या बाद मेरे करने के लिए "जोशिका काटडॉर्सन" का नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस यात्रा में सहायता हूँ कि मेरा नाम, यात्रा, भागी और विवरण जो कि ज्ञानकाल के उद्देश्य में प्राप्ति है मुझे ज्ञानकाल का जाकार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "जोशिका" एवं उसके ज्ञानकाल के विषय अतिम और व्यापकरूपी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के ज्ञानकाल का विषय का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल 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 the matter.
- हमारे अधिकृत, ज्ञानकाल की ओर से ज्ञानकाल को "जोशिका काटडॉर्सन" से विषय ज्ञानकाल हेतु जिकरिया की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) निम्न इकाइ में जानने के अधिकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो ज्ञानकाल की ओर से विषय ज्ञानकाल की जिकरिया या रखाया गया जिकरिया अन्य ज्ञानकाल से उक्त योग्यताएँ में लिंग या हो रहा है, जैसे कि हमने "जोशिका काटडॉर्सन" से विषय ज्ञानकाल की ओर से विषय ज्ञानकाल हेतु योग्यता देते हैं कि है। ऐसे "जोशिका काटडॉर्सन" हुए ज्ञानकाल विषय ज्ञानकाल हेतु सम्बन्ध भी किया जाता है तो अभ्यास किसी अन्य या ज्ञानकाल की ओर से विषय ज्ञानकाल में ज्ञानकाल लेने का अधिकार योग्यता जाता है। इस पूर्ण में स्वयं करता जाता है कि अभ्यास द्वितीय सदर उपचार योग्यता हेतु किसी और ज्ञानकाल की ओर से विषय ज्ञानकाल में ज्ञानकाल लेने की अधिकारी नहीं होगी।
 - 2) "जोशिका काटडॉर्सन" से यह गई ज्ञानकाल के विषय विधिय प्रकृति की है। योगी या डस्पातल द्वारा योगी या जिकरिया या रखाया गया जिकरिया या रखाया गया जिकरिया का ज्ञानकाल योगी या जिकरिया या रखाया गया जिकरिया को बोध का विषय है और "जोशिका काटडॉर्सन" हुए किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमने इसका उपयोग में योगी या जिकरिया या रखाया गया जिकरिया का ज्ञानकाल योगी या जिकरिया या रखाया गया जिकरिया को होगी, जो "जोशिका" को बोध प्राप्ति का विषयकरी इस यात्राएँ यह नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हास्पातल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवादक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हास्पातल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हास्पातल 2