

SRE-C-24-12-1449

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	S/1224/0761	APPLICATION DATE : 21-12-2024 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Mr. Jabbar	AGE-YEARS वय-वर्ष	SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Late Mr. Mahamud	62	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासस्थान पाठ	BS, Vill. Naushehpur, Deoband, Saharanpur, Ut P. 247554	PASTE PHOTO HERE		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई जास्तीय पाठ	same as above.	Post op Post op Jabbar (0761)		
OCCUPATION : जॉबस्टेट	Labour	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	48,000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)		
PAN No.: प्रकार संख्या संख्या	NA	NA		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मम्ब आय आदेत हो (जो मान्य हो उस पार सही का निशान लगाए)				
Yes / No हाँ/नहीं				
FAMILY DETAILS - परिवार के 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) (3)	Mature Maid. Infan	42	M	Son Daughter in law Highly Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्ति जापार				
BPL Card (Attach Card Copy) परिवार के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ पूरी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने आप उम्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ पूरी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ पूरी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्ति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हासिलार से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न			
<p>Diagnosis - RE - Senior Cataract LE - Senior Cataract</p> <p>Surgery - RE - STICS with PMMA</p>				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता फिर्मी अन्य स्रोत से मिला गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लोगी सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करता है:

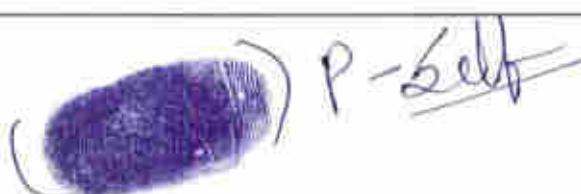
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषक करता हूँ कि इस फॉर्म में लिखे गये सभी विवरण नियमों के अनुसार सत्य वह मही है। यदि कोई विवरण इस कानून अनुसार प्राप्त है तो मेरी मानविक नियम की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो मानविक गाना "कोशिका काउन्हैंसन" में लिखा गया है, उसका उल्लंघन उमी उद्देश्य की पूर्णता के लिए विषय बनाता, जो इस प्राप्ति में प्राप्त है।
- 3) मैं चूंट भावा हूँ कि विषय मानविक हेतु यह व्यापकों की गई है, उस दृष्टि से व्यापक या सकूल विस्तर किसी अन्य अंगठीप्रियोजनाओं का अधिकारी नहीं बनता है और न ही व्यापक में छूती है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 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 प्रकार मैं आवेदक के रूप में लिखता हूँ कि "कोशिका काउन्हैंसन" और उसके अन्यांशों को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्राप्ति में शामिल हूँ, उसे "कोशिका" एवं नामी, दाता, व्यवनेता दूसरे उद्देश्य से जुड़ी अंगठीप्रियों और उल्लंघनों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हूँ। ये उच्च कानून विवरण में इतने के बाद मे करने के लिए "कोशिका काउन्हैंसन" व नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मैं यह नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मानविक के उद्देश्यों में प्राप्ति है प्राप्ति स्थित या व्यवहार का व्याकार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके अन्यांशों का विवरण अधिकृत व्यापक होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर का छवित वा लिंगान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करता)

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.

- इसी अधिकृत अंगठीप्रियों को "कोशिका काउन्हैंसन" से विवरण मानविक हेतु मिपारिया को जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से भास्य करका लियते हैं।
- 1) यह कि न भी कर्मसुख और न ही अधिकृत में विवरण मानविक किसी भी या मानविक संस्थान वा किसी अन्य स्थानों से उपलब्ध उपलब्ध व्यापकों में लिये गए से लिये गए हैं, जैसे कि इसमें "कोशिका काउन्हैंसन" से मिपारियोंकी जल्दी उत्तर के अध्ययन में "कोशिका काउन्हैंसन" प्राप्त स्थित होती है। यदि "कोशिका काउन्हैंसन" प्राप्त मानविक विवरण अंगठीप्रियोंका अधिकृत हेतु मन्त्रक जीवि विवरण होता है तो अन्यांश किसी अन्य तौर पर सहकारी संस्थान वा किसी अन्य मानविक से सहकारी लिये गए अधिकृत सुनिश्चित स्वतंत्र है। इस पूर्ण स्वतंत्र स्थित का अधिकृत जल्दी उत्तर का अधिकृत है कि अस्पताल द्वितीय स्थित उत्तर का एकीकृत व्यापक हेतु किसी और सहकारी संस्था वा किसी अन्य मानविक से नहीं लेगा।
 2. "कोशिका काउन्हैंसन" से लिये गए साधारण अंगठीप्रियोंकी जाती है। यही या अस्पताल द्वारा यही गई मानविक वा व्यापक या अन्यांशों को जाती है जैसे "कोशिका काउन्हैंसन" प्राप्त किसी प्रकार का कोई इतना नहीं है। इसलिये हमस्ताल में उपर्युक्त को इतना सुनाया और अन्य जाने को मानी जिम्मेदारी दी गई एवं हस्ताक्षर की दी गई और "कोशिका" की कोई धूपिका वा विस्तृतार्थी हस्ताक्षर में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

विवरण के लिए संस्थानी

ARNAB MODAK

**ADMINISTRATOR
SCEH SAHARANPUR**
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नम् व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंगठीप्रियोंकी तिथि
21-12-2024

Dr. Monika Jastorija
DME No.-5208

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवारीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2