

SRE-C-24-07-1781

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0125/0772

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

1-1-2025

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. Mohd Ahmad

AGE-YEARS अनु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Late Mr. Rahamtulla

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

mohalla jagiyan, Nakur, Saharanpur,
Nakur, Uttari, P. Pradesh, 247342

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

same as above



PASTE PHOTO HERE

Pse op Past op
Mohd Ahmad
(0772)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

49,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

NA

PAN No. जहाँ छात्र संख्या

N/A

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

क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर कड़ी का निशान लगाएं):

Yes / No

हां / 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)	Gulshan	45	M	Son
(2)	Gulshan	45	M	Son
(3)	Nabeela	38	F	Son
(4)	Subeda	45	F	Daughter in law
(5)	Zainab	34	F	Daughter in law
(6)	Nabeela	35	F	Daughter in law
(7)	Yasir	25	M	Grand Son
(8)	Ali	16	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश से संबंधित प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof किसी और प्रमाण
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसलिए का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई उपचारात्मक सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - Total Cataract LE - Small Cataract
	Surgery - LE - SICS WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: 00000 000 00000 000

- 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 detention/cancellation.
- 2) I solely/only 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 सोचता हूँ कि एक जमाने में विश्व तब संपी क़ियात होगी क़ानकारी की क़ानुनात तब दूब लगी है। यदि कोई क़ियात तब क़ान अमल पथ लगी है तो मैं क़ियात क़ियात को क़ान लगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (सहसहकृत करण करण)

- 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.

- 2) : (आचार्यक) : इस बात से संतुष्ट हैं कि-मेरा मन, पाप, पापों और विचारों को कि जलजल को उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे समझें : सहायता का समझना नहीं करता। इस समझ में "आचार्यक" जलजल जलजल को निर्मित जीवन और वास्तविकी जलजल।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

साधेय्यं च तत्तन्नाम ता जगुः का पिता



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 2018 001)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kothara Foundation, we (Institute) hereby affirm & accept following:

- 2) 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.
- 3) 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.

इसकी ओर ध्यान, हमारे सभी को यह याद दिलाएगी कि "कॉलेज का प्रारम्भ" में विविध समाज के विद्यार्थियों को जहाँ है, जिनके हाथ (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य के प्रतीक के रूप में है।

- 1) यह कि न तो जलपान करने से ही जलपान में विविध स्वादों का मिश्रण है। आकारों अथवा या किसी अन्य संबंध से उष्ण रोगी-रोगियों में होने या ले रहे हैं। जैसे कि हमने "कोशिका पाचनोद्देश्य" में सिद्धांत/विधि का एक संस्करण में "कोशिका पाचनोद्देश्य" द्वारा स्पष्ट हो कि है। यदि "कोशिका पाचनोद्देश्य" द्वारा जलपान किया जाता है, तो जलपान करने वाले व्यक्ति को जलपान करने या किसी अन्य संबंध से जलपान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि जलपान द्वितीय पाद उष्ण रोगी-रोगियों से किसी भी आकारों अथवा या किसी अन्य संबंध से नहीं होता/होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्कृतस्य च लिपि संज्ञाति

ARNAB MODAK

ADMINISTRATOR

SUDH SAHARANPUR

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

नाम - व. ड. इन्दुराम अथर्वत अधिकारी

Date of Surgery
 1998-01-01

संयोजकता की शक्ति

1-1-2025

Dr. NEHA
DMC No.-58989

DMC No.-58989

(Name of Dr. & Hearn, No. with Stamp)

प्राकृतिक वातावरण के प्रदूषण से निवारण के लिए

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

88-1116 304 60

SIGNATURE of TRUSTEE:

आपके हृदय के लिए

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आपका हस्ताक्षर :

Rich