

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

51223/0987

APPLICATION DATE 07-12-2023

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

MRI TOYOS

AGE-YEARS वय-वर्ष

SEX लिंग

73

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कर्तव्य का नाम

LATE MRI SHOBH MOHD.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान अवासीय पता

URBAN NAGAR ROAD, GLOOR - 1 CHORI JOPDA
AMBHEKHO, ISMOLEPDI MUL, CHAMPAJRA,
JATONWADA, CHODI BHOADEH, GUJARAT

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता

COME AT ABOVE

PASTE PHOTO HERE

PHEOP PostOp
10905 (0987)

OCCUPATION:

प्रवासी

LABOUR

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल सालिक आय

49,000

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

NA

PAN No. स्टेट बोर्ड संख्या

NA

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

ममा आप आप कर रहा है (जो मान्य हो उस पर अधीक्षा का नियम 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	Abdu	68	F	WIFE
2	Farooq	48	M	Son
3	Anjum	48	M	Son
4	Najma	50	F	Daughter-in-law
5	Masmo	51	F	Daughter-in-law
6	Sohail	23	M	Grandson
7	Souad	20	M	Grandson
8	Amzad	18	M	Grandson
9	Aishah	25	M	Grandson

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

मान्यता के लिए चिन्हां लगाया

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गरीबी संबंध के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जल्द इन संतुष्टि करें)	अस्पताल/डिक्टोर से जारी की गई प्रतिवेदन मूली संलग्न	प्रमाण पत्र को जाक प्रति संतुष्टि करें	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

मान्यता हेतु लिए गए चिन्हों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टोर से जारी की गई प्रतिवेदन मूली संलग्न

Diagnosis - RE - senile catapax
IE - senile catapax

Surgery RE - DCR WITH PMMA

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 AVALIED जो गई सहायता थी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोग्राम पर:

- 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 प्रोग्राम करता हूं कि इस प्रयोग में लिये गए सभी फैसले, जो बचतारी के बजाय भाग एवं मद्दत हैं, पूर्ण कार्य कियरन एवं कार्य अवलम्बन करता है तो उसी प्राप्तवाहिनी की ज़रूरत है।

2) मैं दूसरे की प्राप्तवाहिनी के लिए जो भी है, उसका उपयोग उपर्युक्त को पूरी तरह लिया जाना चाहिए, और इस प्रयोग में प्रयोग नहीं होता है।

3) मैं दूसरे करता हूं कि यह प्राप्तवाहिनी नहीं है, उस सीधे का अविकाश एवं उपलब्ध किया जाना चाहिए/प्रोत्तरा वीज कम्पनी में भी लिया है और वही भवित्व में रहता 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/pull-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.

1) इस प्रयोग पर अपने इस्तमात्मा का अंगठे की ओर लाएकर, मैं (आवेदक) अपनी महत्वता के दृष्टि करता हूं कि "कोशिका पाइडेंसर" को अधिकृत करता हूं कि योग्य नाम, जाति, जो विवरण इस प्रयोग में चोरित है, उसे "कोशिका" एवं नामों, जाति, जो विवरण का दूसरे उद्देश्य में जुटी चौकियाँ और ब्राह्मणिकों के लिये किसी भी अवलम्बन से उत्पाति करने के लिए अधिकृत है। ये भ्रष्ट का विवरण में इतना के पहले या बाद में करते हैं कि "कोशिका पाइडेंसर" के बाहरी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, जाति, जो विवरण जो कि मरमाता के उद्देश्य में प्राप्तित है पुरुष व्यक्ति का डक्टर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके चारों ओर व्यापक चार व्यक्तियों का विवेद अंतिम और वापसीकरण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को इस्तमात्मा का विवरण

(P-self)

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तमात्मा 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.

इसके अधिकृत, इस्तमात्मा की ओर से यापत्तियों को "कोशिका पाइडेंसर" से विविध सामग्री देती है, जिसे इस (इस्तमात्मा) निम्न प्रकार से याप्त व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि व ये व्यापक अन्य भी व्यापक में विविध सामग्री किसी भी दूसरकारी संस्थाया या किसी अन्य उद्दीप्ति से उपलब्ध योग्य व्यापकों में लेंगे या दें रहे हैं, तैसे कि इसमें "कोशिका पाइडेंसर" से सिरियरिटी/विवेद उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका पाइडेंसर" द्वारा भरत होता है। यदि "कोशिका पाइडेंसर" द्वारा सामग्री विविध आयोग/संस्थाएँ देती हैं तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सामग्री से सामग्री लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध करता है कि अस्पताल द्वितीय भरत उक्त दूसरे योग्य/यापत्तियों हेतु विविध और सरकारी संस्था का किसी अन्य सामग्री से नहीं संतुष्ट होता होगा।

2) "कोशिका पाइडेंसर" से तीव्र व्यापक विविध प्रदूषि की है। योगी पर इस्तमात्मा द्वारा दी गई सलाह या किसी योग्य उपचार/प्रतिक्रिया का युक्त योगी दर्द इस्तमात्मा के द्वीप वाले विषय है और "कोशिका पाइडेंसर" द्वारा किसी उक्तार का लोई दर्द नहीं है। इसलिए इस्तमात्मा में योगी के इतना सुखा और अन्य जाते की यापत्ति द्वारा योगी होती है और "कोशिका" की कोई गुणिता या विवेदारी इस यापत्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए, संस्कृति

Date of Surgery आपोर्टेशन की तारीख 07-12-2023
--

Dr. Dharmender

(Name of Dr. **Dharmender Singh**)
उक्तार का नाम व इस्तमात्मा व रोक. ३

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनादिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इस्तमात्मा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इस्तमात्मा 2

