

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रोगपाल)

APPLICATION No.: K/0424/0022
संवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 5-04-24
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT : SK. UMAR
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX सेंद्र

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

SAYAD JAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS प्रत्यक्ष आवासीय स्थान
PARK STREET H.O. 700016
NEW DELHI

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: _____

AS ABOVE —

AS ABOVE —

OCCUPATION:

SMALL SHOP

MARRIED (check) / UNMARRIED (check)

TOTAL ANNUAL INCOME

$$4000 \times 12 = 48000$$

(Attach Proof of Income)

PAN No. 2017-00000000

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

You / Me

FAMILY DETAILS

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) साथ लाय जाने प्रयोग पत्र (प्रयोग पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठपनेवाला कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्य संदर्भ
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महात्मा द्वैत किये गये विनती ना उद्देश्य-

Sr. No. _____ **Medical Reports/Prescriptions Attached**
क्रम संख्या _____ अस्पताल/डॉक्टर से आई की गई प्रतिवेदन सुची मालिनी

DIAGNOSIS = CATARACT = 18

2. SURGERY - LF - (SIRS + IDL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVOIDED हीरे का सहायता प्राप्ति

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषित करता है कि

- 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) ये व्यापक काला हैं कि इस प्राण में दिए गये सभी विकास योगी जल्दी ही अनुसार मध्य एवं रात्रि हैं। भीरे चोरों विषाणु यज्ञ कल्पन मध्य वाह भाव है तो येरी साह्यता निराम की जा सकती है।
- 2) ये हाथ जो व्यापक योग "प्रतिक्रिया विद्युत्सन्तान", ने ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पृष्ठी में लिखे किया जायेगा, जो इस प्राण में आ गया है।
- 3) ये पृष्ठी काला हैं कि विश्व महाकाल हाथ यह प्राणका योग गई हैं, उस तरीका जो व्यापक व कला विश्वा विश्वी व्यापक योगविनाशकविद्युत्सन्तान बनानी में ॥ तो लिख है और न हो परिवर्तन न जैता।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रकृति पर अपेक्षा हस्ताक्षर का अंगठी यांत्रिक सामग्री, ने (व्यावेशिक) अपने जहांगिर की तुम्हें कहा है, एवं "जासिंहा यांत्रिकोंन और उसके जासीरों" को अधिकृत करा है कि मैं या नाम, परम, और भौति यांत्रिक व्यावेशिक ये भोक्तिहैं, उसे "जासिंहा" हस्ताक्षर, चार, यांत्रिकया द्वारा उद्देश्य त्रैलेख से जुड़ी जासिंहियों को अपनायकर्त्ताओं के लिये किसी यी इच्छा साधन में जासिंही कराने के लिये अभिकृत है। ये सापर या विवरण में उत्तरांश के लकड़ी या बदर में कराने के लिये "जासिंहा यांत्रिकों" या यांत्रिक अधिकृत है।
- 2) ये (व्यावेशिक) ऐसे बात से जहांगिर हैं कि पैरा चमन, चाल, फौटों और विवरण ये कि जहांगिर के उद्देश्यों से प्राप्तिहैं युद्धी रथों; जहांगिर का इच्छायत नहीं करता। इस सम्बन्ध में "जासिंहा" एवं उसके जासीरों ने लिये गयी अधिकृत और अधिकृती रूपों।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEGAL THINKING ADDRESS

सांख्यिकी विद्या का अध्ययन करने की विधि



AGREEMENT by HOSPITAL (机构同意书)

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 confirmation accordingly states that this is true.

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role, responsibility or liability in the matter.

२. "कोशिका फालंदेशन" से भी वर्ज लक्षण की विविध जटिलताएँ देखी गई हैं। ये विविध जटिलताएँ इसके द्वारा देखी गई अपचाए प्रक्रिया का सुधार होनी चाही एवं हमस्ताने के बीच का विषय है और "कोशिका फालंदेशन" द्वारा जिसी जटिलता का कार्य दर्शन होती है। हमस्ताने हमस्ताने में योगी के इतना सुखल और उन्हें जानने की मारी जिम्मेदारी योगी एवं हमस्ताने को होनी चाही "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरणीय इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery अंपायन की तिथि	<i>Dr. S. K. Das</i>	<i>OPTIONAL SIGNATURES</i> (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) <i>SANKALP</i>
-----------------------------------	----------------------	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

~~OPTIONAL AUTHORISATION~~

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		अन्तरिक उपयोग के लिए
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2	
		