

C-25-09-5517

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)			 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. आवेदन संख्या: D/0925/0165		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 23-9-25		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Khushhal		AGE-YEARS आयु-वर्ष 41	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम S/O - Zahoor Ahmad				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता H.No. - Khatwara Zahoor Nagar Malvi NO-09 Malvi Road UHAT Road - 244001				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता				
OCCUPATION: व्यवसाय Driver		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय - 12000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) Yes / No हाँ / 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	Barkat Jha	35	F	Wife
②	Ayan	14	M	Son
③	Anthon	6	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	Diagnosis: LE - SENILE - Cataract RE - SENILE - Cataract			
②	Surgery: LE - Photo + P10L 2LA			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED लौ गई सहायता राशी		
①	DBES	2000/-		



PRE POST

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)**

- 2) मैं (अवलोकन) इस बात से सन्नत हूँ कि भरा पाप, पाप, फाँटी और विचरण जो कि सत्तागत की इच्छाओं से प्रेरित है मुझे स्वतः सत्तापा का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "काशिका" एवम् उसको न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

2. $\frac{1}{2} \ln$

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल चिकित्सा प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

23-9-25

डायरेक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रोज़ नं.

Dr. SHALINDER SAGHARWAL
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
MD, FRCS, MSc (Public Health) for Eye Care)
on behalf of Hospital)

Director व सद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Public Health & Projects-SCCH Network

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासो हस्ताक्षर २

Ergebnis

Left