

SRE - C - 25 - 09 - 0376

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0925/0460

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06-9-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mrs. Rahisa

AGE-YEARS आगु-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

Late Mr. Irshad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास स्थान

Chama Khurd, Sahjanpur, Bagalheri,
Uttar Pradesh, 247769

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास स्थान

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

48,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न) NA

PAN No. एनआईटी नंबर

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
01	Salim	28	M	Son
02	Makib	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे क्रमांक पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis + RE - senile cataract LE - Pseudophacic
	Surgery - RE - STCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

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



Paste photo here
 Mrs. Rahisa
 (0460)

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 Kashiya 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 विनम्र अनुरोध करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी आवश्यकताओं को अनुसरण करने एवं सही हैं। यदि कोई भिन्नता एवं कथन असत्य प्रमाणित हो तो मेरी सहमति प्राप्त की जा सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का कक्ष)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 fulfillment 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 उद्यम या अन्ये हस्ताक्षर या अंगरेजी को प्राप्त लक्ष्यकर, मैं (अव्यवस्था) अपनी साक्षरता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस उद्यम में सीमित है, उसे "कोशिका" एवम् पत्रिका, पत्र, पात्र/पत्राण द्वांरा उद्देश्य से जुड़ी व्यक्तिगत और वपताजिगी को सिने किसी भी प्रकार सचपन से प्रसारित करने को शिष्ट अधिकृत है। मेरे प्ररक का विवरण यों प्रकाश को पत्रों या पत्र में करने को शिष्ट "कोशिका फाउंडेशन" य न्यासे अधिकृत है।
- 2) मैं (अव्यवस्था) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि हस्ताक्षर को उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता सहायता का हस्ताक्षर पत्रो जाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आविष्कार के सम्पत्तियों का अंगरेजों का निग्रह

() p-salt

AGREEMENT by HOSPITAL (EIGHT 800 400)

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.

in the matter.

- 1) यह कि न तो धर्मगत और न ही धर्मिक में स्थिति सहायक किसी गैर सरकारी संभव या किसी अन्य स्तरों से उभर रोड़े/पगल में लगे या हो रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका पाठ-देखत" से नियंत्रित/विनीत। अन्य के सम्बंध में "कोशिका पाठ-देखत" द्वारा मर हो कि है। यदि "कोशिका पाठ-देखत" द्वारा सहायक किसी अधिकार/सफल हो मनुष्य को किंचित ज्ञात है तो आमतौर पर किसी अन्य गैर सरकारी संभव या किसी अन्य सम्बंध में सहायक लगे का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टत द्वितीय मर उभर रोड़े/पगल हो किसी गैर सरकारी संभव या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लगे/लेगी।
2. "कोशिका पाठ-देखत" से हो गई सहायता केवल स्थिति प्रकृति की है। रोड़े पर हल्लात द्वारा हो गई सहाय या किने पर उपचार/प्रक्रिया का प्रथम सेगी एवं हल्लात को बीच का विषय है और "कोशिका पाठ-देखत" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहाय नहीं है। इसलिए हल्लात में रोड़े को इसल सुलभ और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी सेगी एवं हल्लात को रोड़े और "कोशिका" की कोई सुविधा या जिवोदगी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

स्वीकृती के लिए संस्तुति

08-9-25

Dr. SUNIL VERMA
DMC No.-20634

(Name of Dir. & Regn. No. with Stamp)
 डाक्टर का नाम व इस्तिलाक व एच. नं.

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

नमः ३५ पर ब्रह्मचर्य आचार्य जीवर्य

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्तकार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 NAME of TRUSTEE 2

Exempel

here