

SRE - C - 25 - 09 - 0403

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0925/0463

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06-9-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. Jaswant

AGE-YEARS

वर्ष-मा

71

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Mr. Nihala

PRESENT RESIDENCE ADDRESS:

वर्तमान आवासीय पता

h. no. 129, Nizamapur, N. Vamapur, Saharanpur, Bareilly Road, Uttar Pradesh, 247554

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

46,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No.

सर्वोच्च न्यायालय संकेत

NA

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरी का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 संबंध
1	Santhiya	45	M	Son
2	Garima	42	M	Son
3	Shikha	40	F	Daughter in law
4	Himanshi	38	F	Daughter in law
5	Annu	35	M	Grandson
6	Sahel	18	M	Grandson

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पोषी 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 लिखें गये विवृति का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से लिये गया है?

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

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.

- [illegible]

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अन्वीक्षक का जवाब है कि यह सत्य है, यै (अन्वीक्षक) अपनी सहजता की पुष्टि करता है एवं "कोशिका कायदेखन और उसके ज्ञानियों" को अधिकृत करता है कि वे सत्य सत्य, सौते और जो विचार इस प्रश्न में सौचित्य है, उसे "कोशिका" एक ज्ञानी, सत्य, सत्यसत्य सत्य सत्यसत्य से जुड़ी सौचित्यपूर्ण और सत्यसत्यपूर्ण की विवेक किसी भी प्रत्यक्ष सत्यसत्य से प्रमाणित करने में विफल अधिकृत है। वे प्रश्न का विचारण से प्रमाण के पहले या बाद में करने की लिए "कोशिका कायदेखन" में ज्ञानी अधिकृत है।
- 2) यै (अन्वीक्षक) इस बात से सहमत है कि वे सत्य सत्य, सौते और विचारण को कि सहायता के सत्यसत्य से प्रमाणित है मुझे बता: सहायता के सत्यसत्य नदी सहायता इस सत्यसत्य में "कोशिका" एक ज्ञानी ज्ञानियों का विवेक सत्य और सत्यसत्य सत्य सत्य।

आजोदक के इन्फेक्शन का अंगुली का निदान

() p.salt

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.
- 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 or responsibility in the matter.

इससे अभिवृत्त, हस्तधारी को जंग से बाहर/छेपी को "बोशिका फाउन्डेशन" से निर्मित गठामल हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे इन (हस्तधारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संसदन और न ही शक्तिशाली विधायक सहायक किसी भी सरकार को संसदन या किसी अन्य स्तरों से उठाए योग्यताओं में से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्धारित/विनिर्दिष्ट उच्चतम को संसदन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा बदल देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधायक अधिक/अधिकार देना सम्भव नहीं किया जाय है तो संसदाल किसी अन्य को सहायक संसदन या किसी अन्य संसदाध्यक्ष को सहायक होने का अधिकार सुविधा प्रदान है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाय है कि असमर्थ द्वितीय पद उच्च योग्यताओं हेतु किसी भी सरकार को संसदन या किसी अन्य संसदन में नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायक संसदन विधायक प्रकृति को है। योगी पर इसका द्वारा ही गां संसदन या विधायक गये उपचार/प्रक्रिया का सुदृढ योगी एवं सम्पत्ति को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीलिए सम्पत्ति में योगी को इतना सुलभ और आते जाने की सारी विधायक योगी एवं सम्पत्ति को योगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या विधायक इस सम्पत्ति में नहीं योगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06-9-25	Dr. SUNIL VERMA DMC No- 20034 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाजकर्ता नं. सहित मुद्रा	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सहित अख्तियारकृत व्यक्ति का मुद्रा
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इलाखर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्तेफार 2

Exemplar

Rich