

C19/08/0321

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

C108191074

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19-08-2019

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mohd Alim

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

Jinder Hasan

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Mohd Hedi Post - Babul
Distt - Saharanpur
UPIN - 247120

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

ids khaur

Preop Postop
074 M. Alim

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

65,000

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

NA

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध
(1)	Mohd Alim	58	M	Self
(2)	Jinder Hasan	31	M	Wife
(3)	Intaraj	28	M	Son
(4)	Kashish	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अथवा वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता 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 - PE - PP LE - TMS
(2)	Surgery - LC + ICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
(1)	SCEH	

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 & on-boarding process 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 it 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, for which this assistance is requested.

- 1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अलग पाया जाता है तो मेरी सहमति निम्न की जाएगी।
- 2) मेरे द्वारा जो राजपत्र एतः "कोलिका भण्डारण", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्नी इंदर को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि निम्न सहमति हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस एतः या अधिक या कमतर निम्न किसी अन्य कोटि/निर्देश/वर्गीय सम्पत्ति से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जाएगी।

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 प्रश्न का अपने उत्तरावर या अंगरेजी की सहायता, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सामग्री को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके स्वामी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, पते और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" एवम् स्वामी, पण, साक्षात्/या पुराने वर्तमान से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थिति के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि साक्षात्/या वर्तमान से प्रतिनिधित्व मुझे स्वतः साक्षात्/या उपस्थिति नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके स्वामी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेशक को इलाखर या ओढ़ते या निगल

1 R4)
Self)

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.

हमारे अधिकृत, इलाहाबादी की ओर से संपादकश्री श्री "कोशिका पत्राचार" से विविध समाचार हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध राजस्व किस्मों के सांख्यिकी संयोजन या किसी अन्य स्तरों से उच्च रंगीयताओं में सेने या सेने हैं, जैसे कि इनने "कोटिका फायनडेशन" से विपरीत/विपरीत उच्च के समर्थन में "कोटिका फायनडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। वहीं "कोटिका फायनडेशन" द्वारा राजस्व किस्मों की विविधता/विविधता हेतु समर्थन नहीं दिया जाता है तो अस्पष्टता किस्मों अन्य के सांख्यिकी संयोजन या किसी अन्य संयोजन से अस्पष्ट सेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता विविध मद उच्च रंगीयताओं हेतु किसी के सांख्यिकी संयोजन या किसी अन्य संयोजन से नहीं संबंधित है।
2. "कोटिका फायनडेशन" से सेने नई राजस्व केवल विविध प्रकृति की है। सेने पर हमलाओं द्वारा ही नई राजस्व या किसे नये उपचार/प्रक्रिया का मुलाकात रंगी एवं हमलाओं के बीच का विषय है और "कोटिका फायनडेशन" द्वारा किसे उच्च का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए हमलाओं में सेने के ह्रास मुलाकात और जाने जाने की सभी विविधता रंगी एवं हमलाओं की होती और "कोटिका" की कोई मुलाकात या विविधता इस अर्थ में नहीं होती।

स्वीकृती मे लिप्त संस्थाने

19.08.2019

DR. Monu Rathod

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हॉपटर का नाम व हस्ताक्षर व सचि. न.

Administrator

Dr. Shroff's Charles Hart Hospital

नॉर्मल आर एचएलए अधिकृत अधिकारी

अन्तरिक दृष्टिकोण से

न्यासी हस्तमन्त्र ।

Erasmus

ज्योती इत्यादि २

Sc 28