

C1910810475

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation
Building block of life.APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

C108191095

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

26-08-2019

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Noor Hussain

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पति/पत्नी का नाम

Mohd. Umar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Vill - Shahzadpur pry Dhalwala
Distt. Saharanpur Post Sadhali
Kaderni Uttar Pradesh 247123

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

IAS Above

Preop Postop
OGC Noor HudaibOCCUPATION :
व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

60,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थायी आय संख्या

N/A

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं (को मान्य हो उस पर 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 सम्बन्ध
(1)	Khurside	28	M	Son
(2)	Hamidullah	24	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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) अवशोषक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
(1)	Diagnosis - RE - IMSC LE - IMSC
(2)	Surgery - RE STCS T10L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 & ongoing assistance 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण से मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण पूर्णतया सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी जानकारी विवरण को सत्य माना जायेगा।
- 2) मैं द्वारा की गयी प्रमाण पत्र "कोविड-19 प्रमाणपत्र", से यह पता चला है, इसका उपयोग उरी संकेतन की पूर्ण के निर्देश किंचित सत्य, जो इस प्रमाण में प्राप्त है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना जानकारी के यह प्रमाण पत्र सत्य है, यह पत्र का उपयोग या प्रमाण पत्र बिना किसी अन्य कोविड-19 प्रमाण पत्र के से न हो सके और न ही प्रमाण पत्र सत्य माना जायेगा।

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/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 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 प्रश्न का उत्तर साक्षात्कार या साक्षात्की की बात साफ़ है, मैं (अमेरिका) अपनी सभ्यता की मुद्रि बनाई हूँ जब "बौद्धिक आन्दोलन और उसके व्यक्तियों" को अधिभूत बना है कि मेरा नाम, माता, पिता और मेरे विचार इस प्रश्न से संबंधित हैं, उसे "बौद्धिक" समझ लें, हाँ, मानसिक दृष्टि से मुझे अमेरिका के मुझे बौद्धिकता और सभ्यता के तत्त्व किसी भी प्रकार समझ में आता है कि मैं अधिभूत हूँ। मेरे पास का विचार मेरे ज्ञान के दायरे में नहीं है, मैं कहने के लिए "बौद्धिक आन्दोलन" या व्यक्तियों अधिभूत हूँ।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से साक्षात् हूँ कि मेरा नाम, माता, पिता और विचार को कि साक्षात्कार के अर्थों में प्रमाण है मुझे पता: साक्षात्कार का अर्थ नहीं बनाता इस सम्बंध में "बौद्धिक" समझ लें, उसके व्यक्तियों को निर्णय जीवन और सभ्यता की बात।

आवेदन को इमान्दारी से संशुद्धि का निवारण

504 RM

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.

1) यह कि न तो जर्मन और न ही अरबों को सिविल लाईटिंग का ज्ञान है, जिसे इन (हथकौट) विमूढ़ता से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संसदन और न ही अधिकांश में विभिन्न महासभा किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से जमा योगदानों में से कोई भी हिस्सा लेती है, बल्कि हमने "कोलिका फाउंडेशन" से विभिन्न विभिन्न प्रकार के सामानों में "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किए गए हैं। यदि "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई वस्तुओं/संसाधनों से कुछ भी हिस्सा लेता है तो उसे प्रदान किया जायेगा और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से प्रदान की गई वस्तुओं/संसाधनों को सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना होगा।
2. "कोलिका फाउंडेशन" से तो यह महासभा केवल विभिन्न प्रकृति की है। ऐसी पर हमारा इरादा है कि यह महासभा के हिस्से में वित्तिय/प्रशासनिक का प्रभाव होगा। हमारा इरादा है कि "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमारा इरादा है कि हमें इस प्रभाव और हमें हमें जो सारी विभिन्न प्रकृति की होगी और "कोलिका" की कोई प्रकृति या विभिन्न प्रकृति इस प्रभाव से नहीं होगी।

समीक्षणी के लिए संश्लेषित

Dr. Monali Rathod (DNB)
 DR. Monali Rathod
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

26.08.2019

VIVEK RANA
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
Dr. Shreebhat Hospital
স্বাক্ষরিতঃ ডঃ শ্রীভট্ট হাসপাতাল

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नवाजी इस्लाम 2

1011