

MOM-C-23-01-0313

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>(स्वास्थ्य सहायता)                                                                                 |                                                                                                                   | Koshika<br>Foundation<br>Building Block of Life                                          |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या: M/0123/0012                                                                                                         | APPLICATION DATE:<br>आवेदन तिथि: 06/03/23                                                                         |                                                                                          |                                             |
| NAME OF APPLICANT:<br>आवेदक का नाम: Shanti devi                                                                                                       | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 66                                                                                            | GENDER लिंग: F                                                                           |                                             |
| FATHER'S/DISPOUSE'S NAME:<br>पिता/कटुणा का नाम: Komlesh Kumar                                                                                         |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: Nimchana, Sitapur                                                                                       |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: Chaturwasti Uthan Road, - 261447                                                                       |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| As above                                                                                                                                              |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| OCCUPATION:<br>व्यवसाय: Home-Maker                                                                                                                    | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                          |                                                                                          |                                             |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक आय: 45000                                                                                                         | (Attach Proof of Income)<br>(आय का प्रमाण संलग्न करें)                                                            |                                                                                          |                                             |
| PAN No. स्वयं जारी संख्या                                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही ढंग निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                                                 | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                               | Gender<br>लिंग                              |
| 1.                                                                                                                                                    | KUNESH                                                                                                            | 41                                                                                       | M                                           |
| 2.                                                                                                                                                    | Abhineti                                                                                                          | 33                                                                                       | M                                           |
| 3.                                                                                                                                                    | Anupama                                                                                                           | 30                                                                                       | F                                           |
| 4.                                                                                                                                                    | Rishi                                                                                                             | 23                                                                                       | F                                           |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए विनति आधार                                                            |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कपी प्रि संलग्न करें)                                             | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कपी प्रि संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की कपी प्रि संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनतों का उद्देश्य:                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                | Medical Report/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न                  |                                                                                          |                                             |
| 1.                                                                                                                                                    | RE SICS with Proton Capab                                                                                         |                                                                                          |                                             |
| 2.                                                                                                                                                    | Diagnosis - RE - Senile Cataract<br>LE - Senile Cataract                                                          |                                                                                          |                                             |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?                 |                                                                                                                   |                                                                                          |                                             |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                         | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि                                  |                                             |
| 1                                                                                                                                                     | DBCS                                                                                                              | 2000                                                                                     |                                             |



PASTE PHOTO HERE  
Group Photo

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(s)/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं योपस्था करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी अर्जित निष्ठा को ख ख सकती हो।

2) मैं दृढ़ता से यह स्वीकार करता हूँ कि "योशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग वही उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में था।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना आवश्यक होने पर प्रत्यय की मदद नहीं लेऊंगा, तथा यदि का अन्यत्र या किसी और जगह से प्राप्त किया जा रहा है तो मैं उसे नहीं लेऊंगा और न ही अधिकार पं प्राप्त करूँगा।

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/propagate my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assent/stamp is requested/required, 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.

1) इन प्रश्न या अन्य इत्यादि का आदे की ओर साक्षात्, मैं (आनेवा) अपनी सक्ति को मुक्त करता हूँ एवं "कोशिका साइडेशन और उत्तम न्यायो" में अधिकृत बना हूँ कि मेरा नाम, नाम, फोटो और जो विषय इस प्रश्न में प्रवेश है, उसे "कोशिका" एवं "करी, नाम, फावावा" द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपस्थितियों में लिपि लिखने को उत्तर प्राप्त करने से प्रसन्न करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे उत्तर में उत्तर या कर मे फोटो में लिए "कोशिका साइडेशन" व न्यायो अधिकृत है।

2) मैं (आनेवा) इन बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, नाम, फोटो और विषय जो नि अक्षयन के गुरुत्वों से प्रसन्न है मुझे सदा, शाश्वत का हकदार रही बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उत्तम न्यायो का निर्णय शक्ति और वाचकता द्वारा

अनुसूचक १: ०६/११/११ २०:३३ % ११०००

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this request for financial assistance from Koshika Foundation, we (Haseed) hereby affirm & agree to following:

1) First, 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 Kashika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kashika Foundation. If the requested assistance is not granted by Kashika 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 Kashika 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 Kashika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Kashika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

1) यह कि न तो संतर्पण और न ही भोजन में विषम आभास मिलने के लक्ष्य की संख्या या किसी अन्य स्तरों से उच्च लेगी। फलस्वरूप में ही या तो हो है, बल्कि कि इनमें "कॉन्फिडेंस कल्लेन्स" से सिफारिश/विचार बना में सम्भव है "कॉन्फिडेंस कल्लेन्स" प्रत्यक्ष भवन प्रभु कि है। यदि "कॉन्फिडेंस कल्लेन्स" द्वारा सम्पूर्ण विचारों अतिरिक्त/प्रकारों हेतु प्रस्तुत की किमा बात है तो सम्भवतः मिलने अन्य के लक्ष्य की प्रत्यक्ष या किमा अन्य सम्भाव्य में सम्भाव्य होने का अभाव प्रकटित होता है। इस प्रकृति में स्पष्ट कहा गया है कि सम्भवतः विचारों पर प्रत्यक्ष प्रभाव प्रकट प्रतीत/प्रभावों हेतु किसी के सम्भाव्य सम्भव या मिलने अन्य सम्भव से लगी लेगी/प्रभावों।

2. "कोशिका जलवायु" से तो कई छात्रों को भ्रमित शब्दों की है। रंगी या हल्का सा द्रव को रंगी मसाला या बिंदे एवं दूध/दही/दोधिया का चुनब से भी एवं हाथ/पास के सोप का उपयोग है और "कोशिका जलवायु" का निर्माण क्या कर सकते हैं? हमने हल्का सा रंगी का द्रव चुना और आने जाने की राहों निर्माण की रंगी एवं हल्का सा की होती और "कोशिका" को जहाँ पानी या विभिन्न द्रव नामों से भी कहेंगे।

रखीकणी के लिए संज्ञाते

06/11/23

Dr MAZAHAR KHAN  
M.B.S. No. 100  
UPM. (Stamp of Dr. J. Regre: No. with Stamp)

**Amrurag Mishra**  
Manager, Administration  
Dr. Shrinika & Sons of Multispecialty  
Hospital, (MCH Hospital)  
Mukherjee Nagar, New Delhi, India

SIGNATURE OF TRUSTEE 1  
740 32742 1

Erfranz

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 नवी रानभा 2

John F. Kennedy