

MOM-C-23.09-0311

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                           |                                                                                              | Koshika<br>foundation<br>Building Block                                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: <u>M/0123/0013</u><br>आवेदन संख्या :                                                                                                                                     |                                                                                              | APPLICATION DATE: <u>06/08/23</u><br>आवेदन तिथि                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| NAME of APPLICANT: <u>Jagdish Boudad</u><br>आवेदक का नाम                                                                                                                                  |                                                                                              | AGE-YEARS <u>50</u> वर्ष                                                                                                                      | SEX <u>M</u> लिंग                                                                                                              |                                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Mulai Ram</u><br>पिता/कन्या का नाम                                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता<br><u>Amratalia Khari</u><br><u>Aurangabad Uttar Pradesh - 261505</u>                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता<br><u>Same as above</u>                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| OCCUPATION: <u>Farmer</u><br>व्यवसाय                                                                                                                                                      |                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)                                         |                                                                                                                                |                                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <u>45,000/-</u><br>कुल वार्षिक आय                                                                                                                                    |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का तथ्य प्रमाण)                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| PAN No. <u>XXXXXX XXXX</u>                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) <span style="float: right;">Yes / No<br/>हां / नहीं</span> |                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| 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                                                                                                                 | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                 |
| 1.                                                                                                                                                                                        | <u>Mulay</u>                                                                                 | <u>32</u>                                                                                                                                     | <u>M</u>                                                                                                                       | <u>Son</u>                                                      |
| 2.                                                                                                                                                                                        | <u>Veet Pal</u>                                                                              | <u>23</u>                                                                                                                                     | <u>M</u>                                                                                                                       | <u>Son</u>                                                      |
| 3.                                                                                                                                                                                        | <u>Sardar</u>                                                                                | <u>25</u>                                                                                                                                     | <u>M</u>                                                                                                                       | <u>Son</u>                                                      |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनि आधार                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| <input type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)                                                     |                                                                                              | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>सत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई आधार |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनि का उद्देश्य:                                                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                    | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| 1.                                                                                                                                                                                        | <u>SRCS with Plasma Camp</u>                                                                 |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| 2.                                                                                                                                                                                        | <u>Diagnosis - RC - Severe Cataract</u><br><u>IC - Severe Cataract</u>                       |                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी 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.                                                                                                                                                                                        | <u>DBCS</u>                                                                                  | <u>2000/-</u>                                                                                                                                 |                                                                                                                                |                                                                 |

PASTE PHOTO HERE  
Beep-PostOP

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 KashiKa 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानानुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा पात्र प्राप्त है तो मेरी आवश्यक निमित्त की जा सकती है।

2) मैं इस की सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ही कर रहा हूँ, जल्द करके इसे उद्देश्य की पूर्ति में लिये जायेगा, जो इस प्रश्न में दत्त रहा है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता से मैं यह प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का सीधे या अप्रत्यक्ष किसी और स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही लिये जायेगा।

11 By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pub-upte/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 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) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों या टिप्पणियों को जय ताराकर, पी. (आनंदराज) अपनी सावधि को मुद्रित करना है। एवं "कोशिका पर्यवेक्षण और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करना है कि मेरा नाम, पता, पते और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "परीक्षा" एवं जमाने, पाठ, साक्षात्कार द्वारा उपरोक्त से जुड़े संबंधितों और उपस्थितियों को सित किया भी इसका उपयोग हो सकता है।  
 3) मैं (आनंदराज) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि उत्तरों को सित करने के लिए "कोशिका पर्यवेक्षण" में प्रेषित अधिकृत है।  
 4) मैं (आनंदराज) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि उत्तरों को सित करने के लिए "कोशिका पर्यवेक्षण" में प्रेषित अधिकृत है।

नायंदव के एतास वा शंगडे का निवास

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्ण)

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.

(1) यह कि न तो नतीजा और न ही अधिकांश में वर्तित न्यायाधीशों की नैतिकता संवेदन या किसी अन्य एजेंडा से उत्पन्न हो सकती है। वे हैं जो वे हैं, वे हैं कि इन "अधिकांश न्यायाधीशों" से पापार्थक्यपूर्णता के अभाव में "नैतिकता परामर्शदाता" द्वारा मदद मिले कि वे यदि "वैयक्तिक परामर्शदाता" द्वारा सहायता मिले अधिकांश न्यायाधीशों में भ्रष्ट नहीं किया गया है तो न्यायाधीशों की अन्य नैतिकता के अभाव या किसी अन्य समस्या से सहायता को वह अधिकांश द्वारा दिया गया है। इस प्रश्न में यह कहा गया है कि न्यायाधीशों द्वारा ५५६ ३५५ सेमी-माफ़ी हेतु किसी कि संख्या में संवेदन या निर्णय अन्य संवेदन से नहीं लेना चाहिए।

2. "खोशहा नारन्देवान" से ही यह मान्यता फैल गई कि जिस व्यक्ति को हो संतो या इस्लामत इत्यादी की शिक्षा या जितने भी साधना/प्रतिष्ठा का चुनाव होनी एवं हासिल हो सोच का विषय है और "कौशिक नारन्देवान" द्वारा जितने प्रकार का कार्य प्रथम नहीं है; इसलिए इस्लामत में संतो के शिक्षा सुझा और अन्य गुरु की तरह विमोचन से भी एवं हस्तगत की होगी और "कौशिक" को सर्वोच्च मान्यता या विमोचन का नाम दे में गयी होगी।

स्वीकृती वं रिष्ट संज्ञाति

U P M O Reg. No. 3019 Stamp  
उत्तर प्रदेश न्यायिक हल्लाष्ट व रोजि. न.

**Anurag Mishra**  
Manager-Administration  
(Name of Designated & Signatory Authorized Signatory  
Hospital/Institution/Hospital)  
anuragmishra@gmail.com

FOR INTERNAL USE of KOSHYCA FOUNDATION      आनुवंशिक विज्ञान: रेत

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम संख्या २

Spencer

Rich