

MOM- C - 23 - 01 - 0303

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : M/0123/0017 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 05/01/23 आवेदन तिथी :	
NAME of APPLICANT : Shyam Sundar आवेदनकर्ता का नाम :			AGE-YEARS आयु-वर्ष 80 /	SEX लिंग M
FATHER/SPOUSE'S NAME : Harachand Lal पिता/सहोदर का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Mathura Bypass Kaimanba Kheda Kaimanba Uthari Roadst - 267204 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : Farmer व्यवसाय :			☒ MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 45000/- कुल वार्षिक आय :			(Attach Proof of Income) (आय का सत्य प्रमाण)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)				
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 आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध
1.	Rajender	32	M	Son
2.	Vinod	28	M	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनि आधा				
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई तथ्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	RE SICK with Pinner Camp			
2.	Diagnosis - RC - Senile Cataract IG - Senile Cataract			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि		
1.	DBCS	2000/-		

Koshika
foundation
Building Block of life.



PASTE PHOTO HERE

Proof - Proof

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 Kashioka Foundation, will be used only for the "purpose(s)" 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 employer/employer's insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथर आशय भ्रम अथवा वे जो मेरी सहायता मिलान की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि "उद्देश्य" जैसा उल्लेख किया गया है, उसका उपयोग वही उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर यह सुनिश्चित करता हूँ कि मैं किसी अन्य संगठन से या अपने स्वामी या समस्त निवासियों द्वारा प्राप्त होने वाले किसी भी प्रकार के लाभ को नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

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.

1) इन प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों के छाप लगाकर, श्री (अथवा) अन्नी कटारिणी की मुद्रा करता हूँ एवं "जोशिका, जस्टिसियन और उच्च न्यायाधीश" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोन और कोई विवरण इन जगह से पंक्ति है, उसे "जोशिका" एवं न्याय, दण्ड, प्रमाण पर पूर्ण हस्तक्षेप से मुझे गतिविधियों और व्यक्तियों के विषय बिना भी हस्त प्रमाण से प्रसिद्ध करने के लिए अक्षर्य है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं हस्ताक्षर के पक्षों या बाद में जल्द के लिए "जोशिका फाउंडेशन" से न्याय अक्षर्य है।

અર્ચક ઓ મુલાકાત પા અંતે આ વિભાગ

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/callant for financial assistance from Keshika Foundation, we hereby certify that the above information is true & correct following:

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 inter-relationship 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.

इसी संविदा, इसाद्वारे के अंतर्गत समस्त लोगों को "अश्विनी फाउंडेशन" के अंतर्गत लाया जायेगा और वे सब ही (इसका मतलब) निम्न प्रकार से कार्य में लगे रहेंगे।

[illegible]

2. "कौशिक फरवन्देश" से ही गई साक्षरता ज्ञान विशिष्ट प्रगति की है। ऐसी पर १९५३-५४ का ही गई ज्ञान का बिन्दु गये उपचारप्रणालि का सुत्रम देनी एवं सम्पादक के बीच का बिन्दु है और "कौशिक फरवन्देश" द्वारा किया प्रकाश पर कोई फलन नहीं है। इसलिये सम्पादक में ऐसी की सुत्रम सुत्रम और जो जो गये सारी लिखेपरी देनी एवं सम्पादक की योग्य और "कौशिक" की को। गलेका स विनिगरी द्वा गलेके है नही होगी।

ल्योप्युटी के लिए संशुद्धि

06/01/23

Dr MAZAHAR N KHAN
M.B.B.S, M.S. FICO
U.P. (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
Reg No 7884

Anurag Mishra
Manager-Administration
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
HOSPITALITY GROUP
KPMG CONSULTING SERVICES

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम ?

Spencer

2012