

$$\text{mgm} = 23 - 0.2 = 0.3 \cdot 0.2$$

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य सेवाएँ)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन नंबर :	M 0123 0017	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 06 / 07 / 22	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम	Shyam Sundar	AGE-YEARS आयु-वर्ष	80 / M
FATHER'S/HUSBAND'S NAME: पिता/गुरुता का नाम	Harodwari Lal		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती का पालकीय ठा Guthara Puriya Kambalpur Khar...			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवास का Same as above			
OCCUPATION: काम का	Farmer		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	₹ 3,000/-		
<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <small>(Attach Proof of Income) (आप का सामय संलग्न)</small>			
PAN No. स्ट्रीट लाइन संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): आप जो आव फर ददा है (जो सम्भव हो उस फर मही का विशेष हाथापाई)			
<input type="checkbox"/> Yes / हाँ / <input type="checkbox"/> No / नहीं			
FAMILY DETAILS: परिवार की विवरण			
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	Ramdev	32	M
2.	Vimal	29	F
			Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये विवरित आवाध			
BPL Card (Any Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Aadhar Card (Attach Copy)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई तात्पृथक
गरीबी देवा के नीचे प्रमाण रख (एक ग्राम या दो लाग ग्राम संलग्न करें)	अल्प आप कांग प्रमाण कर (प्रमाण एवं दो लाग ग्राम संलग्न करें)	रजिस्ट्रेशन कार्ड (प्रमाण एवं दो लाग ग्राम संलग्न करें)	अन्य कोई तात्पृथक
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का चर्चावाचक:			
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वास्तविक रूपान्तर से जारी की गई प्रतिक्रिया सुर्दू संलग्न		
1.	I.C. with Primary Care		
2.	Diagnosis - I.C. - Senile Cataract		
	I.C. - Senile Cataract		
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये किंतु अन्य सहायता वित्ती अन्य स्रोत से दिया गया है?			
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई तात्पृथक राशि	
1.	DBRS	₹ 300/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** मेर्यादा द्वारा यह-

- 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/employer/insurance company, of the amount mentioned this assistance is requested.

1) मैं कोशिका कानून द्वारा दिये गए योग्य विवरण नेत्री जनकामी के सानुसार यात्रा दूरी ताकि वह यह ताकि ही बदल सके यित्तम् यह कठबन्ध आवश्यक चाला है। वह यह सकता है।

2) मैंने इस नियम का उल्लंघन करने के लिए अपनी उल्लंघन करने के लिए विवरण नहीं किया जाना, जो इष्ट प्रलय में प्रभा प्रदान है।

3) मैं उल्लंघन करना दूरी के लिए योग्य विवरण दूरी का लाभान्वयन की तरफ हूँ। उल्लंघन का लाभान्वयन का लाभान्वयन करने की विवरण नहीं किया जाना चाहिए।

**AGREEMENT by APPLICANT (અર્પણ દ્વારા કર્તૃ)**

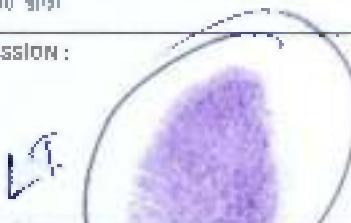
- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purposes", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 fulfilment of the "purposes" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purposes", 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) इह प्रश्न पर लाइट डाक्टर वर अंगूष्ठे के दान इनकारा, ये (अवैज्ञानिक) अल्प सहायी योग्य सुनें बताता है इस "कॉरिंग लाइटडॉक्टर और डॉक्टर्स न्यायिकों" ने शामिल बनाया है कि ये वाप, वाप, फोरों और वै विवरण इस जाग में प्रयोग है, उसे "कॉरिंग" एवं न्यायी, इन, प्रभावात्मक दूसरे लाइटर ये चुनी गयीं अंगूष्ठेश्वरों और अपूर्णांशों के लिए बिलों भी इसका वापन में प्रयोगिक बनाने के लिए विवेकता है। ऐसे प्रत्येक का विवरण जैसे इतना के लिए या यदि गे जलने के लिए, "न्यायिक फाइट्सोन" व वालों को प्रयोग है।
- 2) ये (अवैज्ञानिक) इस जाग में महत्व है कि मैं पाप, वाप, फोरों और विवरण जैसे कि सहायता के लाइटरों के उपर्योग है जूँही लाइट, इतना वाप का उपयोग नहीं चाहता। इस प्रबंधन के "कॉरिंग" एवं उपर्योग अंगूष्ठों वाले विवेक और विवरणीयों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT TURN MEASURES:

ଅମ୍ବାଳ ଓ ପରିବହଣ କାର୍ଯ୍ୟ କରିଲା



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा करता)

By affixing her/his/her, a signature of her/his/her Authorized Signatory for executing this case/petition 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 administered by the Hospital on the patient, is based on the agreement 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.

इन्होंने अधिकारी व्यवस्थाएँ करे जैसे हैं जैसे होती हैं। जो "काशिका पाल-देवता" हैं ऐसीप्रे प्रश्नात्मक होंगी। उन्होंने को जबते हैं तो इन्हें देखा जाएगा।

1.) या की र वां वर्षपाता और न हैं। पर्याप्त वें ट्रिप्पिंग सहवार किसी भी समस्याएँ गोपनीय या निर्णीय अन्व संबोध हो इसले शीर्षी-गणक में जारी भा हो देखे हैं। लैंगो भि धृष्णमे "भौतिक विद्या-वैज्ञानिक" विभिन्न उपलब्ध के इच्छ्य वें "वैज्ञानिक घटाक्षेत्र" इस नवर लेते होते हैं। यहां "ओंतोका घारान्कुर्म" द्वाम बहुताया विविध ज्ञानिकाशानक ऐसे गमना यही किया जाता है तो वास्तवात् यहां श्रीमान् श्री यामाकारी लोक या लिंगदेवता का अधिकार भूमिका रखता है। इस यूट्टे में स्वर वक्ता यात्रा है तो यह उपर दोनों विभागों में ऐसा कियो।

2. "कोशिक फरडनेश्वर" ए ही नव राजस्थान चंचल प्रियंग प्रबुहि को ही हैं ऐसी भूमि तथा भूमिका में जीव लक्षण या किंवदं पापे अवधारणितया वा कुत्रुम देखी हरं रामराम  
कं बीव कर विष्णु ई और "कोशिक फरडनेश्वर" हुह कठी प्रनह अव मद्देन भजन नहीं ही। इटतं उभयनामा में ऐसी भूमि गुणात् भूषण और अती जाति गौर वसी लिङ्गेणी देखी कर रामराम  
कर द्वारा और "कोशिक" की जीव गुणेणा या किंवदं पापी छाया गाले तै नहीं होते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
होमेजटो के लिए संकलन

Date of Surgery बोरिंग की तिथि <b>०६/१०/२३</b>	<b>Dr MAZDAR N KHAN</b> M.B.B.S M.S F.I.C.M.I (Stamp) U.P. College of Dr. & Dent. F.I.C.M.I (Stamp) इसका संकेतन किया गया है।	<b>Anurag Mishra</b> Manager-Administration (Name of Designated Doctor of Authorised Signatory) Dr. Anurag Mishra Hos. No. 1001, Hospital Rohini, New Delhi - 110082
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSALA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
गवर्नर हस्ताक्षर ।

**SIGNATURE OF TRUSTEE**

Sabangal

*Jim*