

mom-c-23-01-0315

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation  
Building blocks of life

APPLICATION No.: M/0123/0020

आवेदन संख्या

APPLICATION DATE: 08/08/23

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ram Jati

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

63

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DORE LAL

पिता/स्वयं का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MUDERA ROSE MUDERA

STANJARABAD - KNERI MOHAMMAD, H202804

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Group - Postop

OCCUPATION: Home Maker

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

35000/- family

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. यदि खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

Yes / No

हाँ / 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 से क्या सम्बन्ध
1	ARCHANA	38	F	Son daughter
2	VIRASH	35	M	Son
3	ANVI	32	F	daughter
4	RUPENDRA	30	M	Son
5	NIDHI	28	F	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EWG Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय-दवाखर्च से जारी की गई प्रतिबंधन पूर्ण संलग्न
1	2 - SICS with Primary Comp
2	Diagnostics - Re - Senile Cataract
	CG - Senile Cataract

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो गयी सहायता राशि
1	DBCS	20000

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 assist-  
fable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kishka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assist-  
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 यहाँ प्रमाण देता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई निषेध एवं कठन आदेश प्राप्त होता है जो मेरी राहत/सिद्धि को नष्ट कर सकता है।

2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "सहायता" केवल मेरे द्वारा ही, यहाँ उल्लेखित उद्देश्य के पूर्ण को पूरा करने के लिए प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।

3) मैं यहाँ प्रमाण देता हूँ कि मैंने कभी और इस प्रश्न को नहीं किया है, वरन् यदि वह अधिक या कमरा दिया जायेगा तो मैंने यहाँ उल्लेखित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया है और न ही अधिक या कमरा।

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 contributing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is the result will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का अपने उत्तरकृषक या आगे की ओर लगाकर, मैं (आवेष्टक) जहाँ स्वयं की मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और कर्ता नागरिकों" को अधिकृत करता हूँ कि वेच नाम, पता, फ़ोन और वेब विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, जो "कोशिका" द्वारा कर्ता, दाता, वाक्ता/प्रश्नकर्ता द्वारा लक्ष्यित या मुझे परिचित/अज्ञात रूप से प्रेषित करने के लिए प्रेषित करने के लिए अधिकृत हो। मैं प्रश्न का विवरण में इनमें से पहले या बाद में कर्ता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को कर्ता अधिकृत है।  
2) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि वेच नाम, पता, फ़ोन और विवरण को नि:सहायता की कर्तव्यता से प्रेषित है मुझे उदा. दाता/दाता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" स्वयं कर्ता नागरिकों का विवरण और नाम/पता प्रेषित।

आवेश के प्रसार या नंगे के विधान

RT



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 status of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and 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.

हमारे आधिकृत, इलाहाबाद की अंत से गान्धेयों को "क्रांतिकारी पत्रिका" के विभिन्न संस्करणों के विपणन के अंतर्गत, जिसे हम (अपराध) निम्न प्रकार से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।

[illegible]

2. "कोशिका कलहोस" से जी की 1984 में लेखन विधि प्रदत्त की है। लेखी पर इसका रूप से लेखक या विद्वान से अपना 1984 का प्रकाश लेनी एवं इसका लेखक का विषय है और "कोशिका कलहोस" इस लेखी प्रकाश पर लेखी प्रकाश लेनी है। लेखी प्रकाश से लेखी से प्रकाश प्रकाश लेनी एवं लेखी प्रकाश लेनी है और "कोशिका" की लेखी प्रकाश से लेखी प्रकाश लेनी है।

स्वयंभूतों के लिए संस्कृति

संन्यास के गरीब

06/01/25

M.B.B.S., M.S., F.I.C.C.

U P N O d R a d P o l m O g a n i k e s s e i

आपका कौन सा पता है ?

Anurag Mishra  
Manager-Administration  
(Name/Designation/Signature/Authorised Signatory)  
Hospital/Institution  
Mohammad Ali Jinnah Hospital

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्ती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्ती हस्ताक्षर 2
	