

VRN - C - 23 - 04 - 0287

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.

V / 0423 / 0024

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

05/04/23

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Munna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपूर्ष का नाम

Munshi


Koshika
 foundation
Building block of life


Preop

Postop

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान

Kesho Phurid, Suresh nagar, Mathura,

Distt. Mathura, U.P. 281001

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: व्याप्त अवासस्थान

Same as above

OCCUPATION:
अवासीय

Unemployed

MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (जिवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय

40,000/- (Family 18)

(Attach Proof of Income)
(आय का स्वाक्षर संतुष्टि)

NA

PAN No. स्थाई स्वाक्षर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वास 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 के साथ सम्बन्ध
1.	Gromeli	38	F	Wife
2.	Gromelv	36	M	Son
3.	Kanchan	30	F	Daughter-in-law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायज्ञ के लिये चिन्तित आधार

BPL Card (Attach Card-Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाक इसी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग सुलभ पत्र (प्रमाण पत्र की जाक इसी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की जाक इसी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल डॉक्टर से आई की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Cataract
	LE - Cataract
	Surgery - RE SICS + PMMA

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से हितया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED नीं गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: नमिताके द्वारा घोषणा की-

AGREEMENT by APPLICANT (check all that apply)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/display/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 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) 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 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) हम इस वार्ता पर अपने हाथपर या ज्ञान की सुध लगाकर मैं आवादक अपनी सहायता की योग्यता हूँ कि "आवादक सहायता और सुधार योग्यता" को ज्ञान की नियमित तरह प्रदान कर सकता है, यह "कार्यक्रम" वाली सहायता है। आवादक की योग्यता वाली सहायता के लिए वार्ता में प्रदान मुख्यमान्यता के उच्चस्ति कारणों के लिए विभिन्न है, मैं इसके बावजूद या उच्चतर वाली सहायता के लिए "आवादक सहायता" वाली सहायता हूँ।

2) मैं आवादक हूँ, इस वार्ता में व्यक्त हूँ कि मैंने यह वार्ता और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के लिए हूँ इस सहायता के लिए विभिन्न हूँ। मैंने इस वार्ता को बहुत ज्ञान की वार्ता के रूप में "सहायता" के लिए उपयोग करना चाहता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

www.scholarship.org

AGREEMENT by HOSPITAL (check yes/no)

- (Hospital) hereby affirm & accept knowingly:
1) that we neither are presently nor will in future avail of funds or 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 choice of the treatment/procedure advised/confirmed 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.

अब निम्नलिखित सूची के अनुसार वार्षिक वर्षों की "वैशिष्ट्य वाचनीयता" से विविध वर्षों की विवरणों की पहचान हो सकती है।

1) यह कि न हो वाला था जो भवित्व में विद्यमान रहा और सदृशी गतियाँ या विद्युत अवस्था में उन गतियाँ थीं जो न हो रही हैं। ये कि हमने "कार्बनिक फार्मिलोजी" में विद्यमान/विद्युत गति का वर्णन दिया था जो "कार्बनिक फार्मिलोजी" द्वारा प्राप्त हुआ कि है। यह "कार्बनिक फार्मिलोजी" द्वारा वर्णित अवस्था विद्युत अवस्थाएँ हैं, जिन्हें जीव किए जाते हैं तो अभ्यासित विद्युत या विद्युत गति का वर्णन दिया जाता है। इस वर्णन का अधिकार मुख्यतः खड़ा है। 12 तृतीय वर्ष प्राप्त करा जाता है कि इस वर्णन द्वितीय वर्ष उन विद्यमान विद्युत की

२. "श्रीफट्रो का 'साइन-डेस्ट' " ये नई एक संस्कृत डिजिटल प्रकृति होती है। यहाँ पर डिजिटल दूसरी तरफ वही नई संस्कृत योगिता जैसी उपलब्ध होती है। इससे बढ़कर दूसरी तरफ वही नई संस्कृत योगिता जैसी उपलब्ध होती है। इससे बढ़कर दूसरी तरफ वही नई संस्कृत योगिता जैसी उपलब्ध होती है। इससे बढ़कर दूसरी तरफ वही नई संस्कृत योगिता जैसी उपलब्ध होती है।

“**कृष्ण और कृतिकार**” का नाम अनुभव व उद्देश्य इस प्रयत्न में लगता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

卷之三

Date of Surgery

06/04/23

DR SIMRAT CHANDI
MBBS, MS
DMC - 48540

Dr. Shroff's Eye Care Institute
Administrator
10-10-2010
Mathura

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय कोशिका संस्था

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
मालिनी देवेश ?

RECORDED
Sampson

See B