

MOM-C-23-01-0468

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: M/0123/0080
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 09/03/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Tajmeelah
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 43
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Jalil Shah
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tower, Bawayah, Shahjahanpur - Bawayah, P

Uttar Pradesh - 222903

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



PASTE PHOTO HERE

Pre OP Post OP

OCCUPATION: Home Maker

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 25,000 (family)
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

आप आय कर देता है (जो अन्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 संबंध
1.	Jalil Shah	35	M	Daughter
2.	Saima	29	F	Daughter
3.	Ayana	32	F	Daughter
4.	Chloe Etilya	30	F	Daughter
5.	Sahana	28	F	Daughter
6.	Khalid	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनोद आधार

UPL Card (Attach Card Copy) सौजी रोज के नीचे प्रमाण पर (उपान पर की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) रसमोहर कार्ड (उपान पर की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मैं विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसन्धान/दवाइयों से जाते की गई दवाइयों के सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RC - Severe Cataract
	CC - Severe Cataract
2.	RC - SCS with Phaco lens Impl

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जी गई सहायता राशि
1.	DRS	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 relationship, 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 for which this assistance is requested.

1) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण, मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात को सख्तता से "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि मैंने यादगार हो यह प्रार्थना नहीं की है, उसी राशि का अधिक या कमतरा किसी अन्य स्रोत/सेवादाता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में ली जा

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 seeking donations by 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.

2) इस तरह तब सारे हस्ताक्षर या संकेत जो सारा सामग्री में (अर्थात्) अपनी सहायता के मुक्ति कर रहे हैं। "कोशिका" फार्मेशन और उसके गलतियों को अधिकृत करता है कि मत नम, फा. संकेत और जो विकास इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" गण्य ज्ञानी, चतु, वाचकता दृष्टि उपलब्ध है। कुछ परिनिमित्तों और उपनिमित्तों को हलके किताबों में प्रसार वाचक हो इसाक्षि करने के लिए अधिकृत है। भी इस का विकास में इसाक्षि ने पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फार्मेशन" में ज्ञानी अधिकृत है।

आपेंद्रक के हटाएन या रोग के निदान

By signing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/tenant for financial assistance from Kashi Foundation, we /Hospital hereby affirm & accept following:

हमारे अधिवक्ता, हस्ताक्षरी की जगह से नामधेयों को "कोशिका फलन" से विविध मापका हेतु दिशांश को जारी है, जिसे उप (हस्ताक्षर) निम्न प्रकृत से पाए जा सकते हैं।

[illegible]

2. "नोरिका फाइनरींग" से ही यह लक्ष्य प्राप्त किया जायेगा है। ऐसे क इस्तेमाल इसी की यह सलाह का किये गये लक्ष्यप्राप्ति का सुपाय है। इस इस्तेमाल के अर्थ का विवरण है और "नोरिका फाइनरींग" का किसी तरह का कोई रखा नहीं है। हालांकि इस्तेमाल ने ऐसे के द्वारा कुछ और अने अने की सही निर्देशों ऐसे एवं इस्तेमाल की गयी और "नोरिका" की कोई प्रतिक्रिया या निर्देशों इस प्रकार हैं की गयी।

स्वीकृतिः ज्ञेया संस्तुतिः

गोंयकार के बाप

No. 123

Dr MAZHAR N. KHAN
(Name of the officer, Name with Stamp)
[Signature]

Anurag Mishra
Manager, Admission
Department of Anesthesiology, Elgortory
Hospital
MORAMUN

अन्तरिक्ष उपयोग है

हार्दय स्पर्श

सं. ३३३३३३३३