

MOM - C - 23-03-0431

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवाएँ)

APPLICATION NO.: M 10123 | 0-037  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि 09/03/23

NAME OF APPLICANT : Rajeshwari Devi  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 73  
SEX लिंग F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME : Rakesh Singh  
जिवाकर्तुम् का नाम

PRESIDENT RESIDENCE ADDRESS : बस्ती शाश्वत भवन  
Rakesh Singh, Jeevan, 123 Main Road, 742423

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : जीवन अवसान भवन  
Same as above.

**Koshika**  
foundation

Building block of life



PASTE PHOTO HERE

Post P - Post Cap

OCCUPATION : Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 10,000/- (family)

(Attach Proof of Income)  
(आप का साधा इलाज)

PAN No. स्टाई आवास संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप अपने आवास का दाया है (जो मन्य हो उस पर सहायता की जिज्ञासा होती है)

Yes / No  
हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार के बारे में

Sl. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Rakesh Singh	35	M	Son
2.	Choti Singh	26	M	Son
3.	Rajma Devi	32	F	Daughter
4.	Seema Devi	12	F	Daughter

**Basis for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिन्हित आवार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल के नीचे प्राप्त यत्र (उपलब्ध यत्र जीवन सहायता करते हैं)	BHLS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आवास की प्राप्ति का (उपलब्ध यत्र जीवन सहायता करते हैं)	<input checked="" type="checkbox"/> Police Card (Attach Copy) उपर्योगी आवास (उपलब्ध यत्र जीवन सहायता करते हैं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधा
---	---	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु लिये गये विकल्प का उल्लेख:

Sl. No.	Medical Report/Prescription Attached अस्पताल/बैंक द्वारा जारी की गई प्रतिवेदन सूची संतान		
1.	Rakesh Singh	DE	Sehili Contacnt
		LC	Sehili Contact
2.	Choti Singh	SICS	Sehili Contact

**ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के लिये जीवन सहायता की अन्य स्रोत से लिया जाया हो?

Sl. No.	NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता कीमत
1.	SICS	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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, liable for rejection/reinstatement.
  - 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, hasn't got & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/ininsurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं प्रोफेशनल काला हूँ कि इस प्रलिपि में दिये गये गार्डी विवरण तभी जलवाये के अनुचान तथा सही ही बते बोहे किएगा तब नहीं। अमर्य यह बाहर से ही सभी जलवाया विलो द्वारा संकरी है।
- 2) मैं दूसरे ने एक्सप्लेन एजेंट "जोशिका फाउंडेशन", ही द्वारा बोहे है। उसमें उसको उसे दूसरे के हिस्से दिया गया है।
- 3) मैं दूसरे कला हूँ कि पिंपर जलवाया छोड़ दिया जाएगा क्योंकि वह जलवाया का नाम नहीं है वह जलवाया का नाम नहीं है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कराया)**

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 "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for scaling/correction/terms/condition 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.

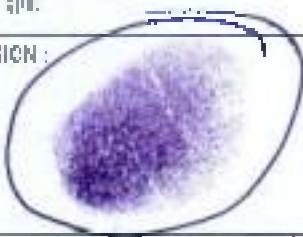
2) I (Applicant); further agree : that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or confirming the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस दस्तावेज का लाभ करने वाला है (अवेदक) वही व्यक्ति को भुग्य करता है जिस "जांतिका फाउंडेशन" द्वारा अधिकारी कर्ता है जिसे नाम, जन्म, परिवर्ती और जीवन विवरण द्वारा दर्शाया गया है। उसको जांतिका फाउंडेशन द्वारा अधिकारी और अपरिवर्त्य द्वारा दर्शाया गया है। जिसे विवरण की स्थान संख्या से प्रदान करने वाले विवरण दर्शाया गया है। उसको जांतिका फाउंडेशन द्वारा दर्शाया गया है। जिसे विवरण की स्थान संख्या से प्रदान करने वाले विवरण दर्शाया गया है। जिसे विवरण की स्थान संख्या से प्रदान करने वाले विवरण दर्शाया गया है।

2) मैं (अवेदक) इस चारे गहराना है कि मेरे नाम, जन्म, परिवर्ती और विवरण जो कि गहराना है उसको दर्शाया गया है। इसका बाहर नहीं बदला जाता। इस समर्थन में "जांतिका" एवं उसके नामांकनों का विवरण शामिल नहीं आवश्यक है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अवेदक के नामांकन के बादों का निश्चय



— RT

**AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा कराया)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 the right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation/reassurance 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 chapter of the treatment/procedure advised/conducted 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.

एसो. नामांकन, उत्तमतर की ओर संचालित की जानी वाली है, जिसे एक (अस्पताल) नियन्त्रित द्वारा दिया गया या व्यक्त करते हैं।

1) यह जिस दो अधिकारी और प्राप्ति देखिया होता है जिनकी गई भवानी संख्या द्वारा दर्शाया गया है। जिनकी अन्य स्थान तो लक्ष्य देखिया गया है।

2) "जांतिका फाउंडेशन" ने इस नई भवानी के द्वारा दिया गया अनुमति के बाद नियन्त्रित देखिया होता है। जिसे एक अधिकारी द्वारा दिया गया है। इस दूसरे में स्थान देखिया गया है। जिसे एक अधिकारी द्वारा दिया गया है। इस दूसरे में स्थान देखिया गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
अधिकारी की शिक्षा संक्षेप

Date of Surgery अंतिम दृष्टि की तारीख 09/01/23	Dr. MAZHAR ALI KHAN M.B.B.S. U.P.M.C.D. (Reg. No. 11111111) उत्तम द्वारा दिया गया वह उत्तम द्वारा दिया गया	Anurag Mishra (Authorised Signatory/Name of Authorised Signatory) Dr. Shrikant Patel (अधिकारी) Hooper- उत्तम द्वारा दिया गया वह उत्तम द्वारा दिया गया
FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
उत्तम द्वारा दिया गया।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
उत्तम द्वारा दिया गया।