

Mom - 23-01-2023

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: M/0123/0041
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 01/12/2023
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Sonwabi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53/

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Chedelo
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chedelo Bazar, Bhabhakhur, Bhabhakhur

Kheri, Uttar Pradesh - 20101

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



PASTE PHOTO HERE

Boop - Botal

OCCUPATION: Home Maker
व्यवसाय

☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 35000 (family)
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो गन्म से उस पर सही का निर्णय लेंगे)

Yes / No
हां / 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	Aash Raj	35	M	Son
2	Spiri Ratan	32	M	Son
3	Venkat	30	M	Son
4	Khushwaha	25	F	Daughter
5	Kanti	23	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	☒ Bion Card (Attach Copy) इम्यूनोकार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	☐ Any Other Basal Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित सूची संलग्न
	Diagnosis Re - Senile Contract Le - Senile Contract Re - SICS with Pinnal Lens Contract

ASSISTANCE BEING AWAIED BY 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 AWAIED जो अब प्राप्त किया गया
1	DRCS	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 assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashika 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 the assistance is requested.

- 1) श्री भोपाला कहता है कि इस ज्ञान ने दिले गये सभी विवरण गोरे पानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण इस तथ्य अलग पथा जाता है तो मेरे साक्षात् निराल की या प्रकृति से।
2) गोरे 20 ले अक्षरक सति 'मोहिका पाठ्यक्रम', से ही जा रही है, जाना उपयोग उही अक्षरक से पूर्ण से लिपि लिख्य विशेष, जो इस प्रारम्भ में भग गक है।
3) श्री भुक्ति कावत है कि यदि अक्षरक से न प्रत्यक्ष की गई है, जो यदि का अक्षरक या अक्षर लिखि लिखे अन्य अक्षरके प्रत्यक्ष प्रत्यक्ष से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant), hereby agree & authorize Koshiike Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assent/signature is requested/agreed. Through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshiike Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshiike 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 to receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर उत्तर देना होगा या आपने इसे ठीक समझा, है (आलोचक) अपने प्रश्नों को सुनिश्चित हैं एवं "कोशिका सार्वभौम और अलग-अलग" "ये अभिव्यक्त करता है कि वेक नाम, पत्र, फोटो और वह विषय इस उपर में प्रसारित है, उसे "कोशिका" एवं अन्य, दान, अनुदान वगैरें उपरोक्त से मुक्ति प्रदानियाँ और उपलब्धियों को ताने बिलो की उद्धरण मध्यम से प्रसारित करने में लिए अभिव्यक्त है। उसे प्रश्न का विषय उसे इसका को प्रश्न या उत्तर में प्रश्न को लिए "कोशिका सार्वभौम" व उत्तरों अभिव्यक्त है।
- 2) मैं (आलोचक) इस बात में उत्तरात हूँ कि मेरा नाम, जा, पते और विषय को कि सहायता को गर्हर्षों में प्रसारित है मुझे सहायता सहायता को उत्तरात नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" उपर अलग-अलग नामों का प्रसार और सहायता होता।

अवैधता से रक्षा या संबंध क. विभाग



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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation expressly 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/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.

हमारे अभिप्राय, कलाकृति की ओर हो गलतसंवेदी को "दांतिका फलकवेगम" से विविध लक्षण हो मिलानिक की जाते है, जिसे हम (दृश्यमान) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है

- [illegible]

एतद्विषयं के शिरः संसृति

संस्था की ओर

10112023

Dr MAZHAR KHAN
M.B.B.S.M.D.
U.P.M.C. Registrar

Anurag Mishra
Manager-Administration
Shree Sai Hospital & Health Center
Hospital & Health Center (Bhopal)
Mohammed Ali Road, Bhopal

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

‘आमो हलाइ’

Excerpt

SIGNATURE OF TRUSTEE 2

न्यायी इन्द्राकर ।

None