

MOM-C-23.01-0593

<b>APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE</b> सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: <b>M/012310050</b> आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: <b>11/01/23</b> आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: <b>Ram Lali</b> आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष <b>75.</b>	SEX लिंग <b>F</b>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <b>Ram Lal</b> पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <b>रामन अचलाय पहा</b> <b>Ranjana Bhalliya Bursing, Bhallia Bursing,</b>				
<b>Khari, Sakhipur Uttar Pradesh, 202002</b> PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <b>व्याय अचलाय पहा</b> <b>Same as above</b>				
OCCUPATION: <b>Home Maker</b> व्यवसाय		<input checked="" type="checkbox"/> <b>MARRIED (विवाहित)</b> / <input type="checkbox"/> <b>UNMARRIED (अविवाहित)</b>		
TOTAL ANNUAL INCOME: <b>35,000/(Husband)</b> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. <b>न्यई आर नोखा</b>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उस पर गहो का निशान लगाएं)				
Yes / No हाँ / नहीं				
<b>FAMILY DETAILS परिवार विवरण</b>				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	<b>Smt. Ram</b>	<b>34</b>	<b>M</b>	<b>Spouse</b>
2.	<b>Manu Lal</b>	<b>22</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
3.	<b>Rashmi</b>	<b>20</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>
4.	<b>Sargam</b>	<b>28</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>
5.	<b>Rashika</b>	<b>25</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>
6.	<b>Anchana</b>	<b>20</b>	<b>F</b>	<b>Daughter</b>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये किन्ति आधार				
<input type="checkbox"/> <b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लेख प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हटाए प्रति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अन्य आय नहीं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हटाए प्रति संलग्न करें)		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को हटाए प्रति संलग्न करें)		<input type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किन्ने गये किन्ती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/इन्डियन मेडिकल की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	<b>Diagnosis -- RE - Senile Cataract</b> <b>RE - Senile Cataract</b>			
2.	<b>RE SICS with prime lens Comp</b>			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई सहायता राशि		
1.	<b>DMS</b>	<b>2,000/-</b>		

**Koshika**  
foundation  
Building Block of life



PASTE PHOTO HERE

*Proof - Post op*

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/cessation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashiya 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठबर्तन एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।

2) मैं इसमें घोषणा करता हूँ कि "सहायक कार्यक्रमों", से जो का सही है, उसका उपयोग करने दौरान को पूर्णतः मैं सिर्फ़ विना करोगे, जो इस प्रश्न में पता पड़ा है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, वह नहीं का अतिरिक्त या समान विधियाँ किसी अन्य प्राथमिक/व्यवसायीक कंपनी से न के सिवा है और न ही भविष्य में होगा।

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshioka Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited in verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshioka Foundation/ and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshioka Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का आदे उत्तर या आदे को हात लगाकर, मैं (आवेक) आने पायों को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका आरंभक और उसके व्यर्थों" को अविच्छिन्न करता हूँ कि वेद नाम, जग, सोम और वे विचल इन जग में विचल है, उसे "कोशिका" एवं नीचे, दग, कपराग दृष्टि लक्ष्य से सही परिवर्धन और उपस्थिति के लिये किसी भी दृष्टि प्राप्त में प्रवर्धन करने के लिए अधिक है। वे प्रश्न का विचल में उत्तर के प्रश्न के बाद में जाने के लिए "जोशिका आरंभक" में व्यर्थ अधिक है।

i. ଅନ୍ତରାଳ ଓ ଛତାଘର: ଏ କାମ ଗୁଣା ଗିରାମି



RT

By affixing signature, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate for financial assistance from Koshika Foundation, we (applicant/hereby affix & 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/cases, as we are requesting in get from Koshika Foundation, in 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/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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे सम्पन्न, इलाहों की ओर से प्राप्त होने वाले "जातिका फायनेस" से विभिन्न प्रकार के भवनों की लक्ष्य है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से जान सकते हैं।

1) वह कि न हो बदलत और न ही अस्थिर हो बलिय प्रकृत्य किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य चीज से कम ऐतद्वयमत्त में हो। या जो हो है, जैसे कि हमने "नतीसव फरवरी" के सान्निध्यमयी वक्त के समय में "बदलिका फरवरी" का फरवरी कि है। यदि "बदलिका फरवरी" का प्रकृत्य किमि आधिकारिकता हो, मनुष्य की किम याता है तो असकत किती अन्य कि सारसरी गोता या किसी अन्य वस्तुओं में लक्ष्य लेने का अधिकार प्रकृत्य वस्तु है। या प्रकृत्य में प्रकृत्य वस्तु है कि आपसत द्वितीय प्रकृत्य वस्तु ऐतद्वयमत्त हो किसी कि सारसरी वस्तु या किसी अन्य वस्तु में जो सारसरी।

[illegible]

रहीकरी के लिए ज्ञानि

आपका पत्र मिला

37 of 13

Dr. MAZHAR N. KHAN

**U P M T C**

**Anurag Mishra**  
Manager, Administration  
(Name, Designation & Position of authorised Signatory)  
Hosur, Karnataka, India  
98453 36363

SIGNATURE of TRUSTEE:

यस्य हस्त्या ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE:

2001 45745 2

Leif