

mam-c-23-01-0659

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Awaits of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

M/0123/0053

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

12.10.23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Dilwan

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

58

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Malli

PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान निवास पता

Pal Mahay Kachhar, Bahmangah Bunkhar, Khen

Bahmangah Bunkhar, Uttar Pradesh, 222204

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रवायू खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर टिकी का निशान लगायें)

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 सम्बन्ध
1	अभिजा	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबी कार्ड के नीचे न्याय पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएस सीटिफिकेट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached प्रस्तावना/दवाखत से जुड़ी डॉ. की प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis - RE - Senior Cataract
	IC - Senior Cataract
2.	IE SCS with Pina Lens Comp

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED हो गई सहायता राशी
1	DBCS	2000

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 this assistance is requested.

4) मैं ध्यान देता हूँ कि इस प्रश्न के दोषों को सभी विषयों में जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई व्यक्ति एवं स्वयं 20000 रुपये तक है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।

5) मेरी इसकी प्रार्थना यहाँ "कोई भी फलप्राप्ति", मेरी ही नहीं है, बल्कि हमारे सभी दोस्तों की पूर्ण के साथ निम्न जावेगा, जो इस प्रश्न में यह था है।

6) मैं पुनः कहता हूँ कि इस प्रश्न में मेरे वरिष्ठों की नहीं है, बल्कि मेरी जानकारी के अनुसार निम्न किसी अन्य प्रोत्साहन/विकास/कर्मों से न हो कि यह है और न ही यह प्रश्न में होता।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 life 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.

[illegible]

अध्यापक से सहायता या अंगरे का निवास



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kasthika 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 Keshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Keshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Keshika 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 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 Keshika 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 Keshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Keshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अविज्ञान, हताशता के अंदर है मनुष्यों के जो "जांतिका फाल्गुन" है किन्तु साक्षात् हमें सिखाया की जगह है, जिसे हम (इच्छा) किन्तु हमारे से दान्य व लोभार करते हैं।

1) यह कि न तो व्यक्ति और न ही परिवार में किसी सदस्य किसी भी शासकीय संस्था या नियोक्ता के रूप में उसे उच्च योग्यताओं में लगे या उसे छोड़ दें, यदि कि हमने "सोशल फास्टनेस" के तालिकाविवर्ति काल के रूप में "सोशल फास्टनेस" का मतलब है कि है। यदि "सोशल फास्टनेस" इस सदस्य किसी व्यक्तिगतता हो, यन्त्र, यही किम क्या है तो शासकता किसी अन्य भी शासकीय संस्था या किसी अन्य व्यक्ति के सदस्य होने का अधिकार सुनिश्चित करना है। इस रूप में स्पष्ट तब यह है कि कम्पनी के लिए यह उच्च योग्यताओं हो किसी भी सदस्य के रूप या किसी अन्य सदस्य के नहीं योग्यताओं।

2. "कौशिक कठनेशन" से ही यह साक्ष्य केवल विविध प्रकृति की है। ऐसा पर लक्षणित हुए ही यह रक्तस्राव कि बिम्ब भवे प्रथम/अस्थि भा गुणन सेतो एवं लक्षणित से बीज का विषय है और "कौशिक कठनेशन" द्वारा निर्दिष्ट प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए लक्षणित में ऐसी नै लक्षणित युक्त और प्राप्ति जन्म की प्राप्ति लक्षणित सेतो एवं लक्षणित की होगी और "कौशिक" को कोई गतिज या विनिर्वाणी दया पावने में नहीं होगी।

ल्योइसी के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

$$(2 \mid 01 \mid 23)$$

Dr MAZHAR N. KHAN
M.B.B.S.M.S.FICO
U PIN: 09821178614
सुझा जो नाम में माझार न खान है

Akshay Mishra
Manager, Administration
(Name of the person in charge of Authorised Signatory
Responsible Bank of Foreign)
Mishra.akshay@wipro.com

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE ()
 बाली हल्लख ।

Exchanged

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
नाम: _____

John