

MOM-C-23-01-0669

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य सहायता)		
APPLICATION No.: M/0123/0054- आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12/01/23 आवेदन तिथि		
NAME OF APPLICANT: Om Prakash आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 59	SEX लिंग m	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Hari Lal पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान का पता Maha Sakhya SSB, Kanawar, Para, Kishan, Hooda, Uttar Pradesh, 201406				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान का पता Same as above				
OCCUPATION: Farmer व्यवसाय		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 39,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. आई टैन नं.				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Prakash	45	M	Son
2	Rajni	32	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार				
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकृतित पुस्तकें संलग्न			
1	Myopia RE - Senior Cataract			
2	LG - Senior Cataract			
3	LG SECS with Pseudo lens. Caps			
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु फंडे अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी गैर सहायता राशि		
1	SSBS	2,000/-		

Koshika
foundation
Building block of life



PROOF PHOTOGRAPH
प्रमाण फोटोग्राफ

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 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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकी परे अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलना की रा ज़रूरी है।

2) मैं इस बात का सफाया करता "कोशिस पाठान्दरस", ये ली जा रही है, इसका उपयोग बड़ी दरसेव की पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पट नया है:

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैंने नही प्राप्त किया है/नही प्राप्त करूँगा, जो इस प्रारूप में पट नया है, जो इस प्रारूप में पट नया है, जो इस प्रारूप में पट नया है:

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kashika Foundation and it's Trustees to use/publicize/post/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 soliciting donations for Kashika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

[illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[illegible]

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this request for financial assistance from Kashi Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

हमारे अधिपति, इन्द्रावली की ओर से चारों तरफों को "कोशिक नवनिर्माण" से घिराव रहा है। देन प्रियाति। भी लगी है, लिखें हम (हमारा) निज प्रकृत से मात्र व स्वीकार करते हैं।

1) क्या कि न तो न्यायम और न ही परिवेश में विविध सामाजिक किसी नैर लक्ष्मी लेखन या किसी अन्य तत्वों की उष्ण श्रेणीयपद्धति में होने या से तो है, बल्कि जो इन्हीं "संक्षिप्त फलनक्षेत्र" से विभाजित/विच्छिन्न अन्य से सामन्य में "कोशित फलनक्षेत्र" द्वारा भाग लेते हैं कि वे कि "कोशित फलनक्षेत्र" द्वारा सामाजिक विभिन्न शक्ति/प्रकार के दैत प्रभुत्व नहीं किना अथवा से से व्यवहार किसी अन्य नैर लक्ष्मी लेखन या किसी अन्य सामाजिक में सामाजिक तत्वे का अस्मित प्रकृति प्रकाश है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय गदय उक्त श्रेणी/पाठ्य दैत किसी नैर सामान्य सामाजिक या किसी अन्य सामन्य से नहीं लेगा/लेगी।

[illegible]

संज्ञा ४३ शिष्ट संज्ञाति

Date of Surgery 12/07/23	Dr MAZHAR N KHAN M.B.B.S, M.S, FICO URMCO Reg. No. 78911 (Name of the Surgeon)	Anurag Mishra Manager, Administration Dr. S. S. Chaturvedi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Mohamud Ali (Signature)
-----------------------------	---	---

अन्यत्र चर्चते, किं

SIGNATURE of TRUSTEE:

न्या. दामा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 3

तुम्ही स्वतः ?