

MGM-C-23-61-669

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवायाल)

APPLICATION NO.: M/0123/0054-

APPLICATION DATE  
आवेदन तिथि 72/05/23NAME OF APPLICANT: Om Bhakash  
आवेदक का नामAGE-YEARS: 59  
वय साल 59  
SEX: MFATHER'S/HUSBAND'S NAME: Hari Lal  
पिता/जग्हाका का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS: कालन अवासीय घर  
Malkhan Sakhya 258, Rangwali, Pura, Bibbri,  
Hooda, U.P. 243111  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय घर  
Plot 2 Al Gharba

  
Koshika  
foundation  
Building block of life


PHOTOGRAPH BY Koshika foundation

BIO - Profile

OCCUPATION: Farmer

 MARRIED (मिलाई) / UNMARRIED (अशिवाई)

TOTAL ANNUAL INCOME: 39,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का संलग्न दस्तावेज़)

PAN No. पट्टी लाल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
एषा आप आय का दाता है (जो पान हो उस पर सही का निशान लगादे)Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Br. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Om Bhakash	59	M	Son
2.	Hari Lal	32	F	Daughter
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				
101.				
102.				
103.				
104.				
105.				
106.				
107.				
108.				
109.				
110.				
111.				
112.				
113.				
114.				
115.				
116.				
117.				
118.				
119.				
120.				
121.				
122.				
123.				
124.				
125.				
126.				
127.				
128.				
129.				
130.				
131.				
132.				
133.				
134.				
135.				
136.				
137.				
138.				
139.				
140.				
141.				
142.				
143.				
144.				
145.				
146.				
147.				
148.				
149.				
150.				
151.				
152.				
153.				
154.				
155.				
156.				
157.				
158.				
159.				
160.				
161.				
162.				
163.				
164.				
165.				
166.				
167.				
168.				
169.				
170.				
171.				
172.				
173.				
174.				
175.				
176.				
177.				
178.				
179.				
180.				
181.				
182.				
183.				
184.				
185.				
186.				
187.				
188.				
189.				
190.				
191.				
192.				
193.				
194.				
195.				
196.				
197.				
198.				
199.				
200.				
201.				
202.				
203.				
204.				
205.				
206.				
207.				
208.				
209.				
210.				
211.				
212.				
213.				
214.				
215.				
216.				
217.				
218.				
219.				
220.				
221.				
222.				
223.				
224.				
225.				
226.				
227.				
228.				
229.				
230.				
231.				
232.				
233.				
234.				
235.				
236.				
237.				
238.				
239.				
240.				
241.				
242.				
243.				
244.				
245.				
246.				
247.				
248.				
249.				
250.				
251.				
252.				
253.				
254.				
255.				
256.				
257.				
258.				
259.				
260.				
261.				
262.				
263.				
264.				
265.				
266.				
267.				
268.				
269.				
270.				
271.				
272.				
273.				
274.				
275.				
276.				
277.				
278.				
279.				
280.				
281.				
282.				
283.				
284.				
285.				
286.				
287.				
288.				
289.				
290.				
291.				
292.				
293.				
294.				
295.				
296.				
297.				
298.				
299.				
300.				
301.				
302.				
303.				
304.				
305.				
306.				
307.				
308.				
309.				
310.				
311.				
312.				
313.				
314.				
315.				
316.				
317.				
318.				
319.				
320.				
321.				
322.				
323.				
324.				
325.				
326.				
327.				
328.				
329.				
330.				
331.				
332.				
333.				
334.				
335.				
336.				
337.				
338.				
339.				
340.				
341.				
342.				
343.				
344.				
345.				
346.				
347.				
348.				
349.				
350.				
351.				
352.				
353.				

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन द्वारा दीजिया गया:

- 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.
  - I solemnly confirm that assistance, if received from Kastha Foundation, will be used only for the "purposes", as stated in the Form, for which such assistance was requested by me.
  - I hereby confirm that I have not & will not initiate, avail of reimbursement, in part or in full, from any other scheme/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

(1) मैं प्राप्त वरदान के इस प्राप्ति के लिये सभी विवरण ऐसे जनसत्ता के अनुसार सही रूप से लिखे हैं। यदि कोई विवरण ऐसे नक्शा अस्वीकृत रूप से है तो उसे साफ़ा बिल्कुल जो रूप लिया जाएगा।

(2) मैं इस यांत्रिक साफ़ा गोदा "स्टेपिंव पाड़-फॉर्म", पर लौ लिया हूँ, इसका छवियां दर्शाएं गयीं हैं और पूरी तरह से तिथि लिख लिया जाएगा, जो इस व्यक्ति के घर वाले हैं:

(3) मैं प्राप्त वरदान के लिये यांत्रिक साफ़ा गोदा का अनुमति देता हूँ कि, यह इस नाम अधिकारी के अन्तर्गत रिक्विएशन और संबंधित व्यक्ति के लिये दाखिल किया जाएगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (ग्रन्तीकारी का समझौता)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publicly publish/reduce 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

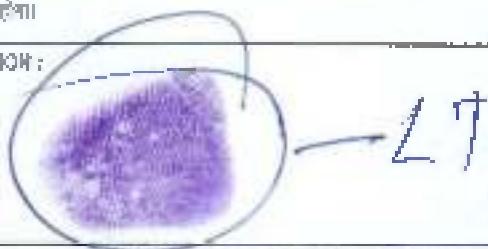
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest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

1) इस पर अपने हस्ताक्षर के लिए वो उन सामग्री में (ज्ञानकंड) जाने मानती थीं जुष्ट जला है जहाँ "कोंडियन फरडेशन और डॉक्टर्स" को शिक्षण चला है कि ये वर्ष नन्  
या, और वे ने जिनमें 100 प्रथम में खेली है, उन्हें "कॉन्सिला" एवं "न्यूट्रिशन" एवं न्यूट्रिशन एवं न्यूट्रिशन एवं न्यूट्रिशन के लिए लिए भी रखा गया  
ने प्राप्ति करने के लिए आधिकृत है। ऐसे प्रत्यक्ष जा जिनमें उनका भी उद्देश्य यह बना दे गया है कि तिने "वर्देशक न्यूट्रिशन" व जानी आधिकृत है।

2) नै (ज्ञानकंड) इह जट ने लगाए हैं कि योग्य नन्  
या, और वे अपने जिन जागरूकताओं ने न्यूट्रिशन में जारी है मुझे रखा: जागरूकता या हस्ताक्षर नहीं जागरूकता: इस अधिक में  
"ज्ञानकंड" उपर उसके न्यूट्रिशन का निर्णय लिया और वर्षावाली है।

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

અંશ કું જાણ વિ શાહે કુ તોણ



AGREEMENT by HOSPITAL (कुस्ती टूर काम)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for me to be crediting this application for financial assistance from Kochha 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 Kashikaa Foundation, to the extent that such assistance is granted by Kashikaa Foundation. If the requested assistance is not granted by Kashikaa Foundation, in particular if, then the Hospital receives 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 Kashikaa Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/selected by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Kashikaa Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Kashikaa Foundation, will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकारी, प्राचीनी की ओर से यादोंसे या "सोशल इन्डेन्स" गोपनीय उत्तराधिकारी की वजह से लिखा गया है।

- 1) अब जिन तीन लक्षण देख रहे हैं याने मैं विक्रीज समाचार किसी भी लक्षणीय संस्थान पर दिखाया जाना लोगों द्वारा बहुत उत्सुकी से देखा जाता है। विक्रीज इन तीनों "अचिकित्सा कारन्ट्रैनर्स" से विपरीत विकल्प इन तीन संस्थान पर "कौशिक फर्मवॉल्यूम" शाय भरत देते हैं। जिसे कौशिक फर्मवॉल्यूम इन सामाजिक संस्थानों द्वारा बहुत ज्ञान नहीं किया जाता है तो अन्य सामाजिक संस्थानों द्वारा लक्षणीय संस्थान पर विक्रीज लग्न सामाजिक संस्थानों द्वारा कौशिक फर्मवॉल्यूम देखा जाता है। इस गुण में लग्न का बहुत बड़ा अद्वितीय असर है।

१. 'कोरिका पालस्ट्रीन' से ही एक समयात केवल शिरों लकड़ी की है। यह लकड़ी छोटी ही और सहाह का जिसे गांव करवाइजिया का दुगार यांगी पर्व इसका न के देख जा प्रिय है गौर 'जॉर्जिना पालस्ट्रीन' तुप्र विक्री करता जा अंक रखता रहता है। इमारिं बनकरत में यांगी के लकड़ा सूखा और अब जने की सर्व जिम्मेदारी पर्व इसका भी हांडी है। 'पालस्ट्रीन' को देखें तो जून व जुलाई का जाहोर में देखो।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
संकेतित किया गया

Date of Surgery सिविल नो दिन <b>12/03/23</b>	<b>Dr MAZHAR N KHAN</b> M B B S M S, F I C O U P M A D R O Reg No. 78991199 काशी कला एवं स्कूलालय नगर, न.	<b>Amritraj Mishra</b> Manager Administration Dr. [Redacted] Chaitanya (Name, Date of Birth, Address) Mohammed [Redacted] [Redacted Signature] [Redacted Name] [Redacted Name]
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION अन्तर्राष्ट्रीय कृषिका फ़ूंडेशन

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी रक्खार १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी रक्खार २
	