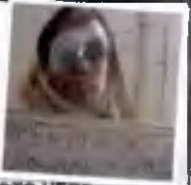


mom-C-23-01-0464

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		sahayata हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0123/0122		APPLICATION DATE: आवेदन तिथी 21/01/23		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Maya Devi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम Vishram Singh				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Guram va past jeevan, Tahsil Bawal, Sahjahanpur, Shahjahanpur, Uttar Pradesh, 242007				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 36,000 (Family)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें।) Yes / No हा / 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 सम्बंध
1.	Bahar	30	M	Son
2.	Ritesh	28	m	Son
3.	Vijesh	26	m	Son
4.	Keenq	24	F	Daughter
5.	Veena	22	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/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 प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnosis RE - Senile Cataract LE - Senile Cataract			
2.	RE SCS With Pmng Lens Gmp			
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ली गई सहायता राशी		
1.	DBCS	2000/-		

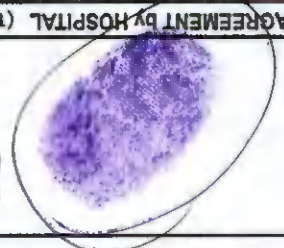
Koshika
foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Proof Post of

DECLARATION by APPLICANT: आर्द्रक दान घोषणा पत्र: (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 Koshika 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.		APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आर्द्रक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान 		AGREEMENT by APPLICANT (आर्द्रक दान करण) (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/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 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 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 is this regard will be final and acceptable to me. (3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (आर्द्रक) अपनी संपत्ति की पूर्ण कला हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आदेशों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरी विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् आरोग्य, रोग, यात्रा/यात्रा करने वाले के लिए आर्द्रक दान है। मैं प्रस्तावित करने के लिए अधिकृत हूँ। मैं प्रश्न का विवरण में कला में यात्रा में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से आरोग्य अधिकृत हूँ। (4) मैं प्रस्तावित करने के लिए अधिकृत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरी विवरण को फाउंडेशन को उद्देश्य में प्रयोग में आने के लिए सहायता का हस्ताक्षर करी जायगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके आदेशों का निशान और बाध्यकारी होगा।											
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संक्षिप्त				Date of Surgery आर्द्रक का तिथि 21/01/23		Name of Doctor (Signature & Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा DR. MAZHAR N. KHAN M.B.B.S, M.S. FICO		(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) आर्द्रक के अधिकृत अधिकृत अधिकृत Anurag Mishra Manager, Administration Hospital & School of Authorized Signatory		FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		SIGNATURE OF TRUSTEE 1 आरोग्य के ट्रस्टी 1		SIGNATURE OF TRUSTEE 2 आरोग्य के ट्रस्टी 2	