

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.: 1K/1234/1488

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 21/12/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SUDHIR KUMAR AGARWAL

आवेदक का नाम

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

48

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

452, RABINDRA NATH THAKUR ROAD, BETA PARA
SOUTH BANGALURU NORTH 24, PARGANAS, 700079
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

SMALL SHOP

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

5000 X 12 = 60000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. रखाई खाता संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध
1	SUDHIR KUMAR MONIA	48	M	SELF
2	NIPTU DEVI	36	F	WIFE
3	NIRANJAN KR AGARWAL	17	M	SON
4	NISHAN KR AGARWAL	15	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर गरीबी रेषा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आय पर गरीबी रेषा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर गरीबी रेषा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्नलिखित उद्देश्य

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/प्रेस्क्रिप्शंस से चर्ची की गई प्रमाणित सूची संलग्न
	DIAGNOSIS - CATARACT - 1E
	SURGERY - 1E - (LASIK + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि

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 Noshika 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 शोधका कहता हूँ कि इस प्रश्न में जिसे यो सभी विवरण में ज़रूरी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य सत्य नहीं है तो मेरी साक्षात् गिता की वा सत्यता है।
- 2) मैं इस को साक्षात् सत्य "मैथिल्य का प्रमाण", से ही वा सही है, इसका कारण यही है कि मैंने इसे सत्य माना, मे इस प्रश्न में सत्य सत्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साक्षात् सत्य एवं सही है, इस सत्य का सत्यता वा सत्यता जिस विषय का प्रमाणित करने के लिए मैंने इसे सत्य माना है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika 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 to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's 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.

- 1) इस प्रश्न पर जल्दी समाधान या संकेत की बात साफकर, मैं (ज्योतिरा) अपनी क्षमता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेरिंग और उसके मापनों" के अभिरुचि गह्राते हैं कि मैं नया, पढ़ा, सोचें और जो विचार इस बात में सीमित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके, उन, वास्तविक दुर्लभ गर्दन से सुदृढी परिधिओं और उपस्थितियों के सिद्धे किसी भी प्रकार नामों से प्रभावित करने के लिए सक्षम नहीं। मैं प्रत्यक्ष का निगम मेरे स्वयं के पहले थे वह मैं करने के लिए "कोशिका काउंटेरिंग" में जल्दी अभिरुचि हो।
- 2) मैं (ज्योतिरा) इस बात से सहमत हूँ कि मेष नया, पढ़ा, सोचें और विचार जो कि महाकाव्य के गर्दन से प्रभावित है दुर्लभ रूपः कारणों का समग्र स्वरूप बताता है सम्पूर्ण में "कोशिका" एवम् उसके मापनों का निर्माण अधिक और सामान्य होना।

આવેદન લે હસ્તાક્ષર થી સંપૂર્ણ થઈ શકે છે

Sudhir. K. Agarwal

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika 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 Koshika Foundation, to 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.

1) यह कि न तो राज्यपाल और न ही परिषद में किसी साधारण किसी और सरकारी सेवक या किसी अन्य व्यक्ति से कस सेवीयताओं में कोई वा संशय है, बल्कि कि हमने "कोरिप्टा फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत तथा के सम्बन्ध में "कोरिप्टा फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि दी की "कोरिप्टा फाउन्डेशन" द्वारा कसकत किन्हीं व्यक्तिगतता हेतु मनुष्य को निम्न प्राप्त है से सम्बन्ध किन्हीं अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधारण से साधारण लेने का अधिकार सुविधा प्राप्त है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाय है कि अग्रजाल विपरीत गहरा कस सेवीयताओं हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से की सेवा/सेवा।

- [illegible]

स्वीकृती के लिए संसक्ति

21 | 12 | 24

(Name of Dr. M. A. S. M. S. Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अभिमान अभिप्राय

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मन्त्रालय उपयोग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यायी इलाहाबाद २

Safar

2020