

SRE-C-22-08-1489

|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                          |                                                                                              | (Healthcare)<br>(स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                                                                        |                | <div>Koshika<br/>foundation<br/>Building Block of life</div> <div></div> |  |
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : 51042310010                                                                                       |                                                                                              | APPLICATION DATE 04-04-2023<br>आवेदन तिथि                                                                                                                                                 |                |                                                                                                                                                             |  |
| NAME of APPLICANT<br>आवेदक का नाम MMS Kunta                                                                                           |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष 62                                                                                                                                                                     |                | SEX लिंग F                                                                                                                                                  |  |
| FATHER/SPOUSE'S NAME<br>पिता/कटुस्थ का नाम Late MM Munge Ram                                                                          |                                                                                              | PRESENT RESIDENCE ADDRESS<br>वर्तमान आवासीय पता<br>Shakumbhari ROAD Fatehpur Karon<br>Jasimuddin Behat Sahayonpur UHAM<br>Phodesh 247121                                                  |                |                                                                                                                                                             |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS<br>स्थायी आवासीय पता<br>Same as above                                                                     |                                                                                              | PASTE PHOTO HERE<br>Pheop Post of Kunta(0010)                                                                                                                                             |                |                                                                                                                                                             |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Home Maker                                                                                                    |                                                                                              | MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित) <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED                                                                                                      |                |                                                                                                                                                             |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 47,000 (Family Income)                                                                        |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                             |  |
| PAN No. स्थायी खाता संख्या NA                                                                                                         |                                                                                              | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हा / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> No |                |                                                                                                                                                             |  |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                                                                | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध                                                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                     | Shukha                                                                                       | 27                                                                                                                                                                                        | F              | Daughter                                                                                                                                                    |  |
| 2                                                                                                                                     | Rahul                                                                                        | 25                                                                                                                                                                                        | M              | Son                                                                                                                                                         |  |
| 3                                                                                                                                     | Bhinda                                                                                       | 23                                                                                                                                                                                        | M              | Son                                                                                                                                                         |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनती आधार                                           |                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                       |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>ठपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                                                   |  |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन नुबि संलग्न |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
| Diagnosis - RE - Pseudophacic<br>LE - senile cataract                                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
| Surgery - LE - SLCS with PMMA                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                             |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    |                                                                                                                                                                                           |                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लौ गई सहायता राशी                                                                                                     |  |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
- (1) मैं धारणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को खारिज कर दी जा सकती है।
- (2) मैं दृढ़ता से सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।
- (3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह राशि को मैंने नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विभिन्न किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा किया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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.
- (1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एचएम न्यासी, दान, सार्वजनिक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विप्रेषित करने के लिए प्रसारित करेगा। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचएम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप



P-self

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा किया)

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

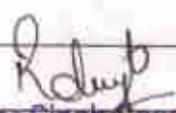
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से पत्र/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

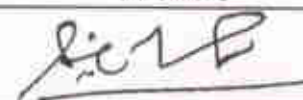
- (1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/न्यासीयों में से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंजूर हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितों पर उक्त रोगी/न्यासीयों हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                           |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>अंशरक्षण की तारीख<br>04-04-2023 | <b>Dr. Poonam Sharma</b><br><b>DMC-100712</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <br><b>Ranveer Singh Sandhu</b><br><b>Administrator</b><br><b>Dr. Shree's Charity Eye Hospital</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                 | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                  |
|  |  |



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण  
भारत सरकार  
Unique Identification Authority of India  
Government of India

अवस्थापक: 8387 / Equipment No: 12187013604585

To  
श्रीमान  
कुमार  
A/C: Mangi Han  
Shikharpur (M.A.)  
Fardigan Kutan  
Jalgaon, District: Jalgaon  
Uttar Pradesh (27111)

Age: 18/04 / 1801 4240001 / 4000001 / 4



00000000000000000000



आवक: 6263 8320 9327 / Your Aadhaar No.:

6263 8320 9327

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारत सरकार  
Government of India



श्रीमान  
कुमार  
आम आदमी का अधिकार  
Aadhaar / Unique



6263 8320 9327

आधार - आम आदमी का अधिकार



सूचना

- आधार: पहचान का प्रमाण है, नागरिकता का नहीं।
- आधार का प्रमाण ऑनलाइन प्रमाणिकरण द्वारा प्राप्त करें।

### INFORMATION

- Aadhaar is proof of identity, not of citizenship.
- To establish identity, authenticate online.

- आधार देश भर में मान्य है।
- आधार: पहचान के प्रमाण और नागरिकता के प्रमाण नहीं।
- आधार का प्रमाण ऑनलाइन प्रमाणिकरण द्वारा प्राप्त करें।
- आधार: पहचान के प्रमाण है, नागरिकता के प्रमाण नहीं।
- आधार का प्रमाण ऑनलाइन प्रमाणिकरण द्वारा प्राप्त करें।



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण  
Unique Identification Authority of India

आम आदमी का अधिकार  
आधार: पहचान का प्रमाण है, नागरिकता का नहीं।

Aadhaar: पहचान का प्रमाण है, नागरिकता का नहीं।

6263 8320 9327

