

SRE-C-23-04-0229

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                             |                                                                     | Koshika<br>foundation<br>Building block of life                                     |                          |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| APPLICATION No. <u>10423/0017</u>                                           |                                                                     | APPLICATION DATE <u>05-04-2023</u>                                                  |                          |                         |
| NAME of APPLICANT: <u>MM Phakash</u>                                        |                                                                     | AGE-YEARS: <u>76</u>                                                                | SEX: <u>M</u>            |                         |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Late MM Kabul</u>                                |                                                                     |  |                          |                         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>house no. juddi, juddi, Saharanpur, UTTAR</u> |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>same as above</u>                           |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| OCCUPATION: <u>Labourer</u>                                                 |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <u>52,000</u>                                          |                                                                     | MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)                                              |                          |                         |
| PAN No. <u>NA</u>                                                           |                                                                     | (Attach Proof of Income)                                                            |                          |                         |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):              |                                                                     | (आप का साक्ष्य सलग) <u>NA</u>                                                       |                          |                         |
| FAMILY DETAILS: परिवार विवरण                                                |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| Sr. No.                                                                     | Name of Family Member                                               | Age (Years)                                                                         | Gender                   | Relation with Applicant |
| (1)                                                                         | Rishidhar                                                           | 55                                                                                  | M                        | Son                     |
| (2)                                                                         | Pankaj                                                              | 50                                                                                  | M                        | Son                     |
| (3)                                                                         | Jalinda                                                             | 53                                                                                  | F                        | Daughter in law         |
| (4)                                                                         | Sethi                                                               | 47                                                                                  | F                        | Daughter in law         |
| (5)                                                                         | Rohan                                                               | 24                                                                                  | M                        | Grand son               |
| (6)                                                                         | Hemti                                                               | 22                                                                                  | F                        | Grand daughter          |
| (7)                                                                         | Tanu                                                                | 17                                                                                  | F                        | Grand daughter          |
| (8)                                                                         | Rashu                                                               | 15                                                                                  | M                        | Grand son               |
| (9)                                                                         | Ishita                                                              | 16                                                                                  | M                        | Grand son               |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)              |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)                        | Ration Card<br>(Attach Copy)                                                        | Any Other<br>Basis/Proof |                         |
| गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)   | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           | अन्य कोई साक्ष्य         |                         |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:                                        |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:                                     |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| Sr. No.                                                                     | Medical Reports/Prescriptions Attached                              |                                                                                     |                          |                         |
| क्रम संख्या                                                                 | अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                  |                                                                                     |                          |                         |
|                                                                             | <u>Diagnosis- RE- pseudophakic</u>                                  |                                                                                     |                          |                         |
|                                                                             | <u>LE - senile cataract</u>                                         |                                                                                     |                          |                         |
|                                                                             | <u>Surgery- IE- SLCS with PMMA</u>                                  |                                                                                     |                          |                         |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES              |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?         |                                                                     |                                                                                     |                          |                         |
| Sr. No.                                                                     | NAME of OTHER SOURCE                                                | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                                  |                          |                         |
| क्रम संख्या                                                                 | अन्य स्रोत का नाम                                                   | ली 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 घोषणा 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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

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 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 acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, दान, साधना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी दूसरे माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण भरे इलाक़ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः, सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



P-SELF

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

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 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.

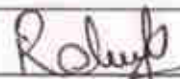
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मायले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मायले में लीये या ली रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत अतिरिक्त/संकलन हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जान के भारी जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मायले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति



Ranveer Singh Sandhu

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

Dr. Shroff's Charity Eye Hospital

नाम व पद के धारित अधिकृत अधिकारी

Dr. SEEMAL GOYAL

M.B.B.S., M.S. (Ophthalm)

DMC 91748, MO.SCEH

(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाका व रीजि-न

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

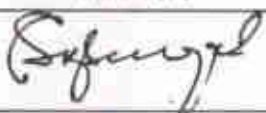
05-04-2023

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

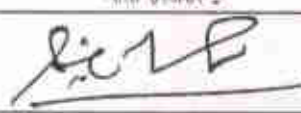
SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2





आधार-आम आदमी का अधिकार



प्रकाश

Prakash

जन्म तिथि/ DOB: 01/01/1947

पुरुष / MALE



8714 2195 2407

आधार-आम आदमी का अधिकार



नागरिकता अधिनियम 1955 के तहत प्राधिकरण

भारत सरकार, नई दिल्ली

पता:

आमना कानून, हाउस नं.  
जुहूरी, जुही, सहारनपुर,  
उत्तर प्रदेश - 247342

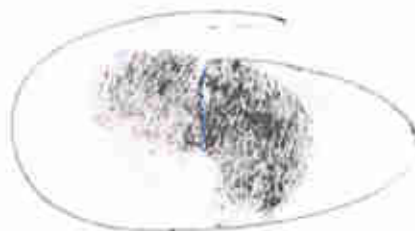
Address:

510 Kailash, Baramba, Juddi, Juddi,  
Saharapur,  
Uttar Pradesh - 247342

9761699939

8714 2195 2407

Aadhaar-Aam Admi ka Adhikar



Left