

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या : 51042310110APPLICATION DATE : 25-04-2023  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम : MOI SHO SINGH

AGE-YEARS आयु-वर्ष | SEX लिंग

63 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम : Late MOI RAMAPRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता  
Deohide, Nanauta, Dehat, Nanauta, Sabarkantha,  
Gujarat, India, 247452

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above


  
Koshika  
foundation

Building block of life



PASTE PHOTO HERE

PreOp PostOp  
Sho Singh(OL10)OCCUPATION:  
जलसाधा

Labourer

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय : 54,000

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)  
(आय का साझे संलग्न) NA

PAN No. स्ट्रेट खाता संख्या : NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
जब्ता आप आय जरा दरा है (जो मात्र हो उस पर सही का निरापत्त लगाये।)Yes / No  
हाँ / 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 सम्बन्ध
(1)	Lila devi	60	F	Wife
	Ramesh	40	M	Son
(3)	Madan	37	M	Son
(4)	Satyaveer	15	M	Son
(5)	Savitri	18	F	Daughter in law
(6)	Nepalini	16	F	Daughter in law
(7)	Priya	33	F	Daughter in law
(8)	Dhiren	17	M	Grand son
(9)	Aryyan	15	M	Grand son
(10)	Doris	10	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये चिनाति आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof जब्ता कोई साथ्य
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	जलव आप तर्फ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाप भूमि संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जाप भूमि संलग्न करें)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गमे चिनाति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis - RF - SENILE Cataract IE - SENILE Cataract

	Surgery - RF - CCTS with PMMA
--	-------------------------------

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

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

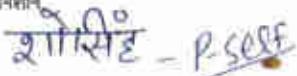
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
  - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण भौतिक जनकारी को अनुसार माल एवं गहरा है। यदि कोई विवरण पूर्ण कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरापत्ति को ना लगाती है।
- 2) मेरे हाथ जो सहायता यहि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की नीति के लिये विवाह याचिका, जो इस प्राप्ति में भवति गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवाह याचिका का अधिकार या सहायता हिस्सा किसी अन्य द्वेष/नियोजकसमीक्षा द्वारा दी गयी भविष्य नहीं है।

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

- 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दीखते हैं, उसे "कोशिका" एवं नामस्त्री, दूर, व्हक्सन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये विस्तृत भी प्रसार याप्ति में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण गेरे इत्याके के पासे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से जहाज़ हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभित है युझे बहुत सहायता नाम हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामियों का निर्णय अधिकारी वापसीकरी होगा।

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

आवेदक जो हस्ताक्षर या अंगूठे का विशेष

 - P. self

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

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.

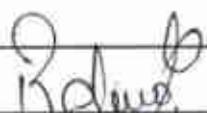
इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आमतौर पर कोशिका फाउंडेशन से विविध सहायता हेतु विवरण भी जारी है, जिसे हम (हस्पताल) विवर प्रकार से अन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता विस्तृत गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा से डक्टर एंगेजमेंट में लोगों या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियोगी डक्टर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरम्द हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विस्तृत आवेदक/डक्टर हेतु मरम्द नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्थान या किसी अन्य समाजाधारी संस्थान से सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण विवर प्रकार कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरम्द डक्टर एंगेजमेंट हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं संलग्न होता।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही गहरा सहायता कोषिका विवर प्रदूषित करते हैं। सेवा पर हस्पताल द्वारा ही गहरा सहायता या किसी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एवं एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रक्रम का कोई विवर नहीं है। इसमें इस्पताल में योगी के इत्याकृत सुधार और अनेक जाने वाले सारी किम्बेदरी योगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या किम्बेदरी इस वापसी में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

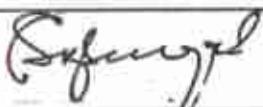
स्वीकृति के लिए संमतुति



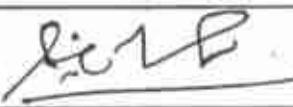
Date of Surgery अंगूठेशन की तिथि <b>25-04-2023</b>	<b>Dr. SEEMAL GOYAL</b> M.B.B.S. M.S. Ophthalmology Reg. No. 91748 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्पताल व रोगी न.	<b>Ranveer Singh Sandhu</b> Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) <b>(MANAN)</b> नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आवेदक द्वारा हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

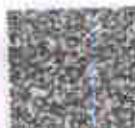




भारत सरकार  
Government of India



१०८  
Shyam Singh  
जन्म तिथि / DOB : 01/01/1980  
पुरुष / Male



4711 1662 8056

आधार - आम आदमी का अधिकार

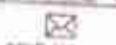


Unique Identification Authority of India

मई  
मोर्चा का नवाची वर्षीय दस्तावेज  
मालिक नामांकन अधिकारी  
247452

Address:  
S/O: Baru, Jhalana, Nainital  
District: Nainital, Uttarakhand,  
Uttar Pradesh, 247452

4711 1662 8056



राष्ट्रीय  
आधार