

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0123/0125		APPLICATION DATE: 21-01-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MM. Rayu		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम Late MM. Gama		 PASTE PHOTO HERE Pre OP Postop Rayu (0125)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Chackham badi, Lalwala ROAD, Chackham Badi (Lalwala), Sahamapur, Deoband, Uttar Pradesh, 247554				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Labourer				
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 50,000		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या NA		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 सम्बंध
(1)	Chunhi	59	F	WIFE
(2)	Sonu Kumar	36	M	Son
(3)	Banand	34	M	Son
(4)	Om Kumar	30	M	Son
(5)	Niya	35	F	Daughter in law
(6)	Chatu	18	M	Grand son
(7)	Kanak	12	F	Grand daughter
(8)	Bhavna	10	F	Grand daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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			
	Diagnosis - RE - Senile Cataract			
	LE - Pseudophakic			
	Surgery - RE - STCS 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 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 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) इस प्रश्न पर अपने इलाख या अंग्रेजी में छाप लाखकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और को विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, याचनाया दूरी उद्देश्य से चुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पहलें या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सत्यमेव जयते

P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (병원장 서명)

कें बीच का विषय है और "कोरिया का फायनल" हाथ किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए इसका मत में ऐंगो के इरादा सुधा और जाने को सारी जिम्मेदारी ऐंगो एवं हमका को होगी और "कोरिया" को कोई भविष्य का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख
21-01-2023

Dr. PRAVEEN KEN SHAHI

DMC - 97415

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

VIVEK RANA

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

Shroff's **सर्वोत्कृष्ट** अधिकृत अधिकारी

CHANDANI

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक व्यय ही

SIGNATURE of TRUSTEE 1

HEIGHT HEIGHT 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

—सुखी इच्छा १



भारत सरकार
Government of India



नाम
पिता
जन्म तिथि : DOB : 05/05/1962
लिंग : Male



5260 4900 7106

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारतीय विश्वविद्यालय शिक्षा आयोग
Unique Identification Authority of India

एन. जयराव गुरु, जयराव गुरु, जयराव गुरु, जयराव गुरु
जयराव गुरु, जयराव गुरु, जयराव गुरु, जयराव गुरु
0241 247554
Address: 500 Ganga Chakraborty Road, 500 Ganga
ROAD, Chakraborty Road, 500 Ganga, Sonapatna
Distt: Lohit Pradesh, 247554



5260 4900 7106

