

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: अवेदन संख्या: C/0223/0177		APPLICATION DATE: 03-02-2023 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
Mys Shaktuntala		60	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम			
MR. Sampal			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता		PASTE PHOTO HERE	
Vill. Bhavsi Raipur, Post Bhavsi Raipur, Bhavsi Raipur, Bhavsi, Sahasranpuri, Mah Phadesth, 247452		PHEOP Postop Shaktuntala (0177)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
Same as above			
OCCUPATION: व्यवसाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न) NA		
49,000 (Family Income)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या	NA		
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 हां / नहीं	
		Yes	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
(1)	Sampal	65	M
(2)	Mangalam	33	M
(3)	Sonika	30	F
(4)	Ramyan	27	M
(5)	Devika	20	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनोद आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनोद का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
	Diagnosis - RE - Senile cataract		
	LE - Senile cataract		
	Surgery - RE - SLCS 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	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा कर:

- 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 यहाँ 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 सच्य ज्ञात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मेद उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, उस राशि का आंशिक या सफल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 enable 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 मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में भोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, धारण/वापस उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के खर्च या चर मे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सतत: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

- 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 की और से याचने/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में इतिवि सहायता किसी भी साधक/स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उका लेगी/पावले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विकसित/विनिर्दि उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा चर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दि आंशिक/असल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत साधक/स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी तरह उका लेगी/पावले में लेंगे किसी भी साधक/स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी को इलाज सुरक्ष और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

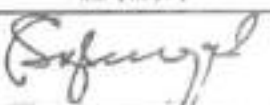
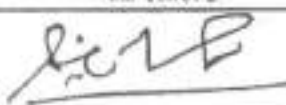
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंशरत की तिथि 03-02-2023	 Dr. Sandeep Ghildiyal DMC-33529 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Ranveer Singh Sandhu (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Dr. Shroff's Clinic नर्स/डा. (हस्ताक्षर) अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	---

भारत सरकार

GOVERNMENT OF INDIA



शकुन्तला

Shakuntala

जन्म तारीख/DOB: 01/01/1963

महिला Female



4122 3789 5324

- आम आदमी का अधिकार



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
UNIQUE IDENTIFICATION AUTHORITY OF INDIA

पता:

अधोनिनी: शोमपाल, गाँव

भावसी रायपुर पोस्ट भावसी

रायपुर, भावसी रायपुर,

आंध्र प्रदेश, सहरानपुर

अन्ता प्रदेश, 247452

Address:

W/O: Sompal, Vill. Bhavsi

Raipur Post Bhavsi Raipur,

Bhavsi Raipur, Bhavsi,

Saharanpur

Uttar Pradesh, 247462

4122 3789 5324

Aadhaar - Aam Aadmi ka Adhikar

नानीता नेत्र जाँच केन्द्र

होती है
समाप्त होती
होती होती है
समाप्त हो

विशेषज्ञ को

ADMISSIO