

SRE-C-21-10-0463

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: C/0223/0186		APPLICATION DATE: 06-02-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम MM8 Salme		AGE-YEARS आयु-वर्ष 68	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्भ का नाम MM NASIM				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Gahvi, Abdullah Khan, Shamli, Gahvi, Abdulla Khan, Uthman Bhadesha, 247718				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above		PASTE PHOTO HERE Pre OP Post OP Salme (0186)		
OCCUPATION: व्यवसाय Home Maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 49,000 (Family Income)		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई 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 लगायें)		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)	Nasim	70	M	Husband
(2)	Abdul Hasim	45	M	Son
(3)	Rahim	43	F	Daughter in Law
(4)	Sahib	12	M	Grand Son
(5)	Zehra	10	F	Grand daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 - Pseudophakia			
	LE - Senile cataract			
	Surgery - LE - ICL with PMMA			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी 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** (आवेदक द्वारा कएल)

- 2) यी (अवलोकक) इस बात से सहमत हैं कि मंग कम, पाठ, फोटो और विवरण जे कि महापरा के उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे स्पष्ट: महापरा का तत्कार नहीं करता। इस संबंध में "बोलिया" एमम उसके न्यायार्थ का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

(P. self)

2. “कोशिका काउन्टेशन” से तो यह सहायता कोशल विविध प्रकृति की है। रोगी या हमसल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुपब रोगी एवं हमसल के बीच का विषय है और “कोशिका काउन्टेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसल में रोगी के इरादों सुरक्षा और आने जाने की सारी विम्वेधारी रोगी एवं हमसल की होती और “कोशिका” को कोई धुपिका या विम्वेधारी इस मामले में नहीं होती।

Dr. Shroff's Hospital & Medical Centre
(Name, Designation & Name of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

Exempted

2018



भारत सरकार
Government of India



नाम
Saima
जन्म तिथि / DOB : 01/01/1955
लिंग / Gender



7155 7533 2353

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारत सरकार
Unique Identification Authority of India

पता: अलीमिया, नसीर, गढ़ी
अब्दुल्लाखान, शम्शरी, गढ़ी अमरगढ़
बनार, उत्तर प्रदेश, 247778

Address: W/O: Nasir, Gahm Abdullahhan,
Shanki, Gahm Abdullah Khan, Uttar
Pradesh, 247778

7155 7533 2353

1800 300 1947

Help @ Unique.gov.in

www.uidai.gov.in