

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : S/0623/0261		APPLICATION DATE : 03-06-2023 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम MM Pappu		AGE-YEARS आयु-वर्ष 49	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्तुध का नाम Late MM Chameen		 PASTE PHOTO HERE PHE OP Post OP Pappu(0261)		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता house no. Imliya Hood, Ghum amaypuri goshi, Amaypuri, tahashapur, Uttar Pradesh - 247554				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय LABOURY				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 55,000		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का सत्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या N/A				
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		
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 से साथ सम्बन्ध
(1)	Rakha	45	F	WIFE
(2)	Shubham	23	M	Son
(3)	Deepak	20	M	Son
(4)	Ricky	14	M	Son
(5)	Reeta	22	F	Daughter in Law
(6)	Nandu	01	M	Grand Son
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 - Senile Cataract			
	LE - Senile Cataract			
	Surgery - RE - SLCS with PMMR			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 स्थापना पति "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की 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 उक्ति का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया 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 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" फंडम न्यासी, रज. याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

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

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय 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 वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/वित्ति उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति आशिक/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय 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। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
03-06-2023

Dr. Dharmender
DMC-15402

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

डाक्टर का नाम व इसका रज. नं.

Ranveer Singh Sandhu

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. Shroff's Chaudhary Hospital

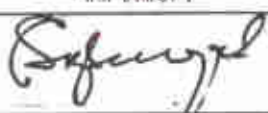
नाम एवं पद/पद/अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

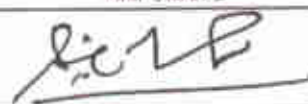
SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2





भारत सरकार
Government of India

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

नमोद्वार संख्या/Enrolment No.: 1218/61019/06003

पिता
श्री.
S/O. Chandra
House No.
Inlaya Road
Gram Amarpur Garhi,
Aarnipur,
Saharanpur Uttar Pradesh - 247554
9791333352



आपका आधार संकीर्ण / Your Aadhaar No. :

9667 8764 5182
VID : 9158 8583 5060 0919

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारत सरकार
Government of India



पिता
श्री.
S/O. Chandra
DOB: 01/01/1974
पुलर MALE

9667 8764 5182
VID : 9158 8583 5060 0919

मेरा आधार, मेरी पहचान



भारत सरकार
Government of India



सूचना / INFORMATION

- आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता का नहीं।
- आधार विशिष्ट और सुरक्षित है।
- सुरक्षित कंप्यूटर कोड/ऑनलाइन एक्सेस/मोबाइल/ऑनलाइन पहचानकरण की उपयोग करके पहचान संपादित करें।
- आधार के साथ ही आधार पत्र, पीवीसी कार्ड, ई-आधार और एम-आधार समान रूप से मान्य हैं। 12 अंकों की आधार संख्या के स्थान पर उपर्युक्त (एचआरआई) आधार पहचान (VID) का भी उपयोग किया जा सकता है।
- 1+ नाम में कम से कम एक बार आधार अपडेट जरूर करें।
- आधार आपको विशिष्ट सरकारी और गैर-सरकारी योजनाओं/संघों का लाभ उठाने में सहायक है।
- आधार से अपना मोबाइल नंबर और ई-मेल आईडी अपडेट करें।
- आधार सेवाओं का लाभ उठाने के लिए ऑनलाइन पर आधार/आधार ऐप डाउनलोड करें।
- आधारबायोमेट्रिक्स का तंत्र/जनसंख्या करने की विशेषता का उपयोग सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए करें।
- आधार (पत्र/नंबर) पहचान वाली सरकारी बरें उचित सुनिश्चित करने के लिए बाध्य किया गया है।
- Aadhaar is a proof of identity, not of citizenship.
- Aadhaar is unique and secure.
- Verify identity using secure QR code/offline XML/online Authentication.
- All forms of Aadhaar like Aadhaar letter, PVC Cards, eAadhaar and mAadhaar are equally valid. Virtual Aadhaar Identity (VID) can also be used in place of 12 digit Aadhaar number.
- Update Aadhaar at least once in 10 years.
- Aadhaar helps you avail various Government and Non-Government benefits/services.
- Keep your mobile number and email id updated in Aadhaar.
- Download mAadhaar app on smart phones to avail Aadhaar Services.
- Use the feature of lock/unlock Aadhaar biometrics to ensure security.
- Entities seeking Aadhaar are obligated to seek due consent.



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India



पिता
श्री.
S/O. Chandra
DOB: 01/01/1974
पुलर MALE

Address:
S/O. Chandra, house no. Inlaya Road, gram
Aarnipur Garhi, Aarnipur, Saharanpur,
Uttar Pradesh - 247554



9667 8764 5182
VID : 9158 8583 5060 0919

मेरा आधार, मेरी पहचान