


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.																																																								
APPLICATION No.: 51072310368		APPLICATION DATE: 07-07-2023																																																								
NAME of APPLICANT: Mrs Rashida Begam		AGE-YEARS: 72	SEX: F																																																							
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Asmat Ali		 <p>PASTE PHOTO HERE Pre op Post op Rashida Begam (0368)</p>																																																								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Gur. Meeru, Thong Bhawan (Rump), Chamli, Tharabawan, Uttar Pradesh, 207777																																																										
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above																																																										
OCCUPATION: Home Maker																																																										
TOTAL ANNUAL INCOME: 55,000 (Family Income)		MARRIED () / UNMARRIED ()																																																								
PAN No. NA		(Attach Proof of Income) NA																																																								
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No																																																										
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Yash</td><td>50</td><td>M</td><td>Son</td></tr> <tr><td>2</td><td>Nasir</td><td>47</td><td>M</td><td>Son</td></tr> <tr><td>3</td><td>Amir</td><td>45</td><td>M</td><td>Son</td></tr> <tr><td>4</td><td>Fatima</td><td>48</td><td>F</td><td>Daughter in law</td></tr> <tr><td>5</td><td>Aysha</td><td>46</td><td>F</td><td>Daughter in law</td></tr> <tr><td>6</td><td>Kaushal</td><td>47</td><td>F</td><td>Daughter in law</td></tr> <tr><td>7</td><td>Amir</td><td>20</td><td>M</td><td>Grand son</td></tr> <tr><td>8</td><td>Ayan</td><td>18</td><td>M</td><td>Grand son</td></tr> <tr><td>9</td><td>Eklia</td><td>15</td><td>F</td><td>Grand daughter</td></tr> <tr><td>10</td><td>Ednaah</td><td>14</td><td>M</td><td>Grand son</td></tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1	Yash	50	M	Son	2	Nasir	47	M	Son	3	Amir	45	M	Son	4	Fatima	48	F	Daughter in law	5	Aysha	46	F	Daughter in law	6	Kaushal	47	F	Daughter in law	7	Amir	20	M	Grand son	8	Ayan	18	M	Grand son	9	Eklia	15	F	Grand daughter	10	Ednaah	14	M	Grand son
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																																																						
1	Yash	50	M	Son																																																						
2	Nasir	47	M	Son																																																						
3	Amir	45	M	Son																																																						
4	Fatima	48	F	Daughter in law																																																						
5	Aysha	46	F	Daughter in law																																																						
6	Kaushal	47	F	Daughter in law																																																						
7	Amir	20	M	Grand son																																																						
8	Ayan	18	M	Grand son																																																						
9	Eklia	15	F	Grand daughter																																																						
10	Ednaah	14	M	Grand son																																																						
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>BPL Card (Attach Card Copy)</th> <th>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</th> <th>Ration Card (Attach Copy)</th> <th>Any Other Basis/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</td> <td>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</td> <td>उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)</td> <td>अन्य कोई साक्ष्य</td> </tr> </tbody> </table>				BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य																																															
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof																																																							
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई साक्ष्य																																																							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:																																																										
Sहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:																																																										
Medical Reports/Prescriptions Attached																																																										
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न																																																										
Diagnosis - RE - Senile cataract																																																										
LE - Senile cataract																																																										
Surgery - RE - SICs with PMMA																																																										
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES																																																										
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>क्रम संख्या</td> <td>अन्य स्रोत का नाम</td> <td>ली गई सहायता राशी</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	ली गई सहायता राशी																																																	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED																																																								
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	ली गई सहायता राशी																																																								

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या संकलन हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धनक/बीमा कम्पनी से न लीया 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, सचिव/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न 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 प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप


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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भगवन्/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना इकाई से भंडन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/भगवन् से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनय अतिरिक्त/संकलन हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/भगवन् हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन 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। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
07-07-2023

Dr. Ravi Raj Jain

MBBS, DOMS (AMU)

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

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर



Ranveer Singh Sandhu

Administrator

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

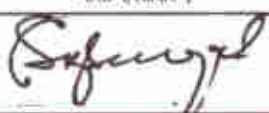
(हस्पताल के अधिकृत अधिकारी)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

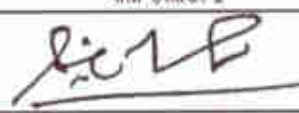
SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2





भारत सरकार

Government of India



रशीदा बेगम

Rashida Begam

जन्म तिथि 11/08 01/01/1951

महिला / Female



4402 6699 0308

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारतीय पहचान प्राधिकरण

Unique Identification Authority of India

पता:

W/O अजमत अली, 442, रेली 4

पाला भवन, रुतल, शम्भली, थाना

भवन, उत्तर प्रदेश, 247777

Address:

W/O Ajamat Ali, 442, reeli 4

Thana Bhowan/Rural: Shamb

Tharabhawari, Uttar Pradesh

247777

4402 6699 0308



1947
1800 300 1947



mail@uidai.gov.in



www.uidai.gov.in