

SRE-C-23-08-0505

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                              | Koshika<br>foundation<br>Building block of life                                                                                                            |                |                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : S/0823/0503                                                                                       |                                                                                              | APPLICATION DATE : 11-08-2023<br>आवेदन तिथि                                                                                                                |                |                                                                                           |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम MM Phadeep kumar                                                                                  |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>53                                                                                                                                   | SEX लिंग<br>M  |                                                                                           |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/सहोदर का नाम Late MM Tarpal Singh                                                                    |                                                                                              |  <p>PASTE PHOTO HERE<br/>PHEOP Post OP<br/>Phadeep kumar<br/>(0503)</p> |                |                                                                                           |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता<br>Address: NEAR RAVIDAS MANDIR, IKRAM,<br>Rampur, Jharkhand, India Phadeep,<br>Jharkhand |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता<br>same as above                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Labourer                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 55,000                                                                                        |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)<br>(Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                                          |                |                                                                                           |
| PAN No. स्थाई छाता संख्या NA                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)       |                                                                                              | Yes / No<br>हां / नहीं                                                                                                                                     |                |                                                                                           |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                            | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                                                                 | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध                                            |
| (1)                                                                                                                                   | ANITA                                                                                        | 43                                                                                                                                                         | F              | WIFE                                                                                      |
| (2)                                                                                                                                   | RAJ                                                                                          | 23                                                                                                                                                         | M              | SON                                                                                       |
| (3)                                                                                                                                   | NITESH                                                                                       | 20                                                                                                                                                         | F              | DAUGHTER                                                                                  |
| (4)                                                                                                                                   | SUNNY                                                                                        | 17                                                                                                                                                         | M              | SON                                                                                       |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनती आधार                                           |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           |                                                                                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                                        |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       | Diagnosis - RE - senile intima CT<br>IE - senile cataract                                    |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       | Surgery - RE - STCS WITH PMMA                                                                |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                    | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                                                                                    |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |
|                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                            |                |                                                                                           |

**DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक द्वारा घोषणा करें):**

- 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 "सहाय्यता" के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहाय्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहाय्यता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ वह है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहाय्यता हेतु यह राशियन मैं नहीं हूँ, उस राशि का वापस या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो सके।

**AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/पत्र, दूरदर्शन 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" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्यता के उद्देश्यों में प्रयोग है मुझे स्वतः सहाय्यता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अवेदक की हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान



P-self

**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 नामांकित/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहाय्यता 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 सहाय्यता किसी और सहाय्यता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदार्पण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाय्यता विनिर्दिष्ट आर्थिक/सहाय्यता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहाय्यता संगठन या किसी अन्य सहाय्यता संगठन से सहाय्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल डिग्रीयन पर इस रोगी/रोगी हेतु किसी और सहाय्यता संगठन या किसी अन्य सहाय्यता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहाय्यता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चलाय 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 सुख और जाने जाने को सभी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

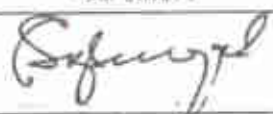
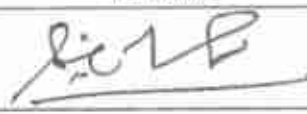
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                         |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>11-08-2023 | <br><b>Dr. Dharmender</b><br><b>DMC-15402</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाज व पंजी नं. | <br><b>Ranveer Singh Sandhu</b><br><b>Administrator</b><br><b>Dr. Shroon's Charity Eye Hospital</b><br>(Name of Hospital & Designation of Authorised Signatory)<br>नाम व पंजी नं. का अधिकृत अधिकारी |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1                                 | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2                                   |
|  |  |



भारत सरकार  
Government of India



प्रदीप कुमार  
Pradeep Kumar  
पिता : जयपाल सिंह  
Father : Jaypal Singh  
जन्म तिथि / DOB : 15/03/1973  
पुरुष / Male



9182 6453 4164

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकार  
Unique Identification Authority of India

पता,  
नजदीक रविदास मंदिर, इकाम,  
रामपुर मन्थारन देहात, रामपुर,  
सहारनपुर, उत्तर प्रदेश, 247451

Address:  
NEAR RAVIDAS MANDIR,  
IKRAM, Rampur Mantharan  
Dehat, Rampur, Saharanpur, Uttar  
Pradesh, 247451

9182 6453 4164

1847  
toll 200-1947

help@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in

( 67 )  
( 67 )