


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 51092310717		APPLICATION DATE 20-09-2023 आवेदन तिथि		 <p>PASTE PHOTO HERE PHCOP Post of Lachchhomi (0717)</p>	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mrs Lachchhomi		AGE-YEARS आयु-वर्ष 80	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम Late Mr Rakam Singh		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Chhapra, Sahayonpur, NAKUM, UTTAR Pradesh, 20730			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थाई आवासीय पता same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय Homemaker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 45,000 (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 चिह्न लगावे।) Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
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 संबंध	
(1)	Ritender	56	M	Son	
(2)	Rabita	52	F	Daughter in law	
(3)	Nitin	25	M	Grand son	
(4)	Jatin	23	M	Grand son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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) आय आय का 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 किसे एवं किसका उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - RE - total senile cataract LF - senile cataract				
	SURGERY - RE - SICS with PMMA				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लें गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करै:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सच वास्तु है तो मेरी सहायता निरन्तर को जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त हो, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
 3) मैं घोषणा करती हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस सहायता का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोयोग, पत्र, प्रकाशन, दूरभाष, इंटरनेट से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निष्पत्ति मेरे इलाज के खर्च या खर्च से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोयोग अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है कुछ प्रकार: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायोयोग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को अंगूठे से यापुनः घोषित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किन्तु हम (हस्पताल) वित्त प्रदान से माध्यम से स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने से लेने का संकेत है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट सिफारिश/प्रक्रिया हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित से स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने को जारी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या जिम्मेदार हम मानते नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20-09-2023</p>	<p> Dr. Sandeep Ghildiyal DMC-33529 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> 
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोयोग हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोयोग हस्ताक्षर 2</p>
	



भारत सरकार
Government of India

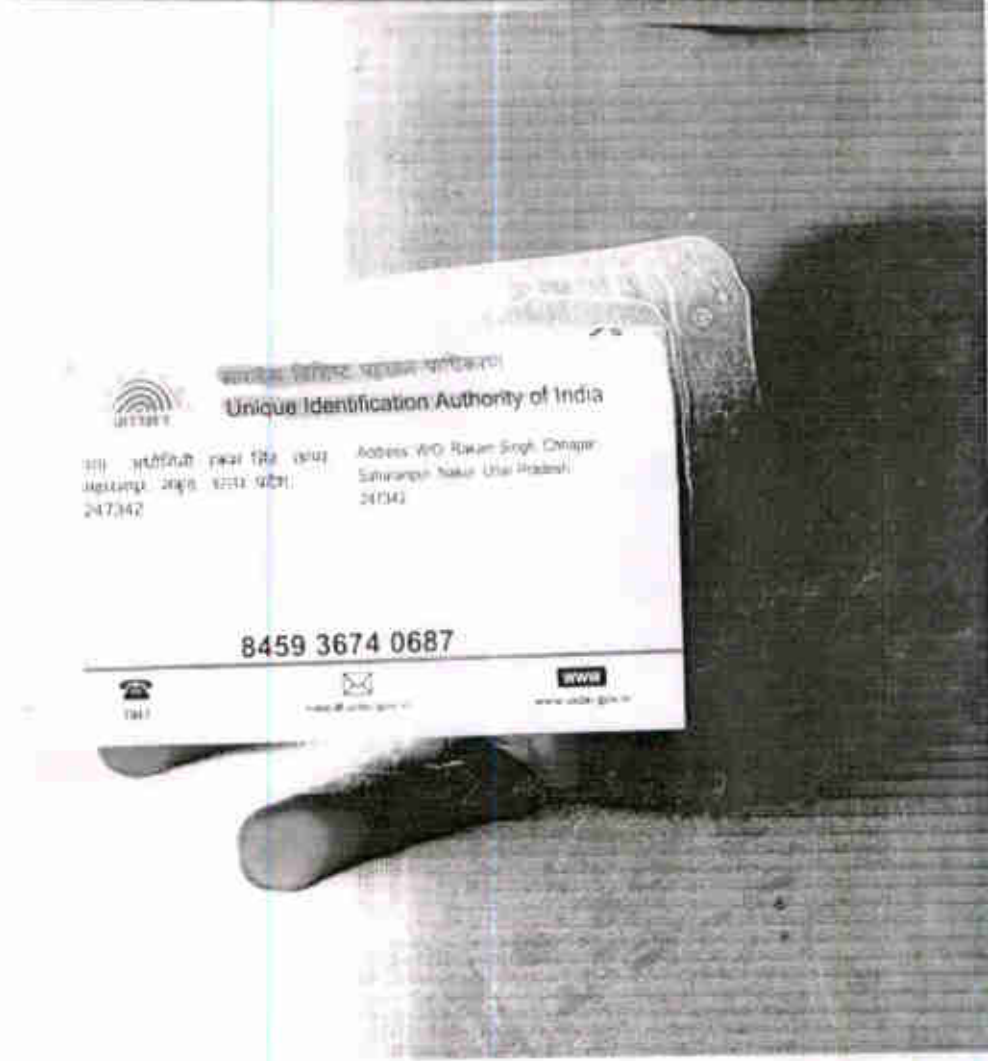


नाम
Lachchhama
जन्म तिथि / DOB 02/08/1983
लिंग / Gender Female



8459 3674 0687

मेरा आधार, मेरी पहचान



एकमात्र पहचान प्राधिकरण
Unique Identification Authority of India

सं. २४७३४२
सं. २४७३४२
247342

Address: P.O. Rajan Singh Chatterjee,
Saranang, Nalanda, Bihar
247342

8459 3674 0687



247342

UIDAI@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in