



| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | |  Building block of life | |
|--|--|--|----------------|---|--|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 5/1023/0845 | | APPLICATION DATE 20-10-2023 आवेदन तिथि | |  PASTE PHOTO HERE PNEOP Postop SUHENDYA (0845) | |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम M/s. Suhendya | | AGE-YEARS आयु-वर्ष 73 | SEX लिंग M | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कनूसे का नाम Late M/s. Sahup Singh | | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Bhahi Deen Dampuri Bahadur Dahanpur Bhahi Deband Bahadurpur Uttam Phadese 247452 | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above | | OCCUPATION : व्यवसाय Labourer | | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 49,000 | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (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 पता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे।) 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 के साथ सम्बन्ध | |
| (1) | Vimlesh | 20 | F | WIFE | |
| (2) | Sandeep | 53 | M | SON | |
| (3) | Poonam | 48 | F | DAUGHTER IN LAW | |
| (4) | Himanshu | 27 | M | GRAND SON | |
| (5) | Shyam | 20 | M | GRAND SON | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार | | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किसे गये विनती का उद्देश्य: | | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | | |
| | Diagnosis - RE - Total senile cataract LE - CATARACT | | | | |
| | SURGERY - RE - IIC 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? | | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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) मैं इसी प्रकार घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल विभाजित किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 it's Trustees to use/publish/pul-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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

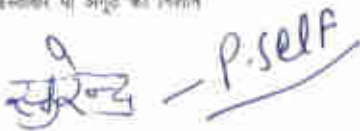
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest 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 अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्र, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्य/संगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जाये या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किया उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरहित आंशिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही 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 को इलाज सुरक्षित और जाने जाने की राहो जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 20-10-2023 |  Dr. Dharmender (Name of Doctor, Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. |  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल 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 |
|  |  |



आधार

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

भारत सरकार
Unique Identification Authority of India

संस्थापक क्रम / Enrollment No 1218/70126/14311

To:
सुरेन्द्र
Surendra
S/O: Sanup Singh
Bhari Deen darpur
Bhari Deoband Saharanpur
Uttar Pradesh 247452

Ref: 7919 / 28D / 1261856 / 1263100 / P



SE671824894FT



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No. :

3252 5799 7880

आधार - आम आदमी का अधिकार



सुरेन्द्र
Surendra
जन्म तिथि / DOB 01/01/1990
पुरुष / Male



3252 5799 7880

आधार - आम आदमी का अधिकार

(सुरेन्द्र)

Patient
Signature