



| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) | | सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल) | |  Koshika foundation Building block of life | |
|---|--|---|----------------|--|--|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 51102310862 | | APPLICATION DATE 27-10-2023 आवेदन तिथि | |  PASTE PHOTO HERE PHEOP Post OP shohid(0862) | |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Mr shahid | | AGE-YEARS आयु-वर्ष 59 | SEX लिंग M | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुस्थ का नाम Late Mr Bashem | | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Dikachogah Road, Kasimpur maza Mdei, Kasimpur Khag, Sahayonpur, Kasimpur, Uttar Pradesh, 247121 | | | |
| | | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता same as above | | | |
| OCCUPATION : व्यवसाय Labour | | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED | | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 57,000 | | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA | | | |
| PAN No. इमाई 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 लगाएं) | | Yes / No हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> No | | | |
| 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 सम्बंध | |
| (1) | Gulista | 55 | F | WIFE | |
| (2) | Azha Rakho | 35 | M | SON | |
| (3) | Mubasshir | 32 | M | SON | |
| (4) | Gulafsho | 33 | F | DAUGHTER IN LAW | |
| (5) | Azesho | 30 | F | DAUGHTER IN LAW | |
| (6) | Isha | 20 | F | GRAND DAUGHTER | |
| (7) | Azhat | 08 | F | GRAND DAUGHTER | |
| (8) | Azham | 05 | M | GRAND SON | |
| (9) | Amya | 03 | M | GRAND SON | |
| (10) | Zubair | 02 | M | GRAND SON | |
| (11) | Hosain | 02 | M | GRAND SON | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनीत आधार | | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | | Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें) | |
| | | | | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य | |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्ती का उद्देश्य: | | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | | |
| | Diagnosis - RE - total cataract LE - pseudophacic | | | | |
| | SURGERY - RE - SICs with PMMA | | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिये गया हो? | | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 मेरे ज्ञानकारी 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 यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आर्थिक या सकल हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

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/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 it's 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 (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, एन. बंधुधाराय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायो 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 पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायो 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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात 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 सरकार/संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लिये जा ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विमर्श उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय आर्थिक/सकल हेतु मन्कुर रही किना जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले 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 किसे पर 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 आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|---|---|---|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27-10-2023</p> | <p>Dr. SEEMAL GOYAL M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ न.</p> | <p> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> <p></p> |
|---|---|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2</p> |
| <p></p> | <p></p> |



भारत सरकार
 Unique Identification Authority of India
 Government of India

आधार संख्या / Enrollment No.: 1410/10307/07714

To
 श्री
 Shri
 S/O. Basheer
 Vikasnagar Road
 Kasampur Majra padli
 Kasampur Khak
 Kasampur
 Sahaspur
 Uttar Pradesh 247121
 9758249938

980000815
 980000810



MP02540710517



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No.:

8371 9339 0190

आधार - आम आदमी का अधिकार



भारत सरकार
 Government of India



श्री
 Shri
 जन्म तिथि / DOB: 01/01/1964
 लिंग / Male



8371 9339 0190

आधार - आम आदमी का अधिकार



सूचना

- आधार पहचान का प्रमाण है, नागरिकता का नहीं।
- पहचान का प्रमाण ऑनलाइन प्रमाणीकरण द्वारा प्राप्त करें।

INFORMATION

- Aadhaar is proof of identity, not of citizenship.
- To establish identity, authenticate online.

- आधार देश भर में मान्य है।
- आधार अधिष्ठाता के सरकारी और गैर-सरकारी सेवाओं का साथ उठाने में उपयोगी होगा।
- Aadhaar is valid throughout the country.
- Aadhaar will be helpful in availing Government and Non-Government services in future.



भारतीय अद्वितीय पहचान प्राधिकरण
 Unique Identification Authority of India

पता:
 आशुतोष शर्मा, विहारी रोड,
 कासपुर मजरा पदली, कासपुर
 खक, साहसपुर, कासपुर, उत्तर
 प्रदेश, 247121

Address:
 S/O. Basheer, Vikasnagar Road,
 Kasampur Majra padli, Kasampur
 Khak, Sahaspur, Kasampur,
 Uttar Pradesh, 247121

8371 9339 0190



1800 300 1302

help@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in

Ref