

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रेखांग)APPLICATION No.:  
संकेत संख्या : 51122310979APPLICATION DATE: 05-12-2023  
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Mrs. Saroj

AGE-YEARS वय-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Mr. Deepak Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासीय पता

Landhauri, Paharpur, Sonipat  
Haryana 201301

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासीय पता

Same as above

Koshika  
foundation

Building block of life.



PASTE PHOTO HERE

Pneop Postop  
SAROJ(0979)OCCUPATION:  
जैविक

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक वर्जन

52,000 (Family Income)

(Attach Proof of Income)  
(जग का साथ संलग्न)

NA

PAN No.: स्थायी ग्राहक संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
जब्त और आप का इस है (जो मान तो उस पर चोटी का निशान लगायें)Yes / No  
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवर

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जैविक का सदस्य का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Deepak Singh	55	M	Husband
2	Surjeet	22	M	Son
3	Saroj	52	F	Daughter
4	Karbi	19	F	Daughter in law
	Reema	23		

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवरण लाभ

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गवर्नमेंट ऐस्ट्रो के दीवाने प्रशासन वाले (प्रशासन वाले को जापा जून मासमान करें)	अन्य जावा का प्रशासन वाले (प्रशासन वाले को जापा जून मासमान करें)	उपराज्यकालीन कार्ड (प्रशासन वाले को जापा जून मासमान करें)	अन्य कोई साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महाला हेतु किये गये विवरों का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल रिपोर्ट, म. जारी को गढ़ दीवाल में संलग्न		
	<i>Diagnosis - RE - senile cataract LE - senile cataract</i>		
	<i>Surgery - LE - SECS WITH PMMA</i>		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी भी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली पाई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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 पीड़िया करता हूं कि, इस प्रकाश में दिये गए यही विवरण सभी जानकारी के अनुसार सत्य एवं यथा हैं वह कोई विवरण एवं काम के अन्तर्बंध विवरण होता है तो मैंने वहाँपर निराकरण की जा सकती है।  
2) मैंने इस लिखित रूप से "कोशिका फाउंडेशन", जो ही यह है, जानकारी उपलब्ध की पूरी तरह सिर्फ विवरण लिखा है, जो इस प्रकाश में भी यथा है।  
3) मैं भूमिका हूं कि इस प्रकाश में यह व्यापक बोहोद्धा करने का अधिकार एवं जानकारी उपलब्ध कराने का कर्तव्य अपने में न हो रखता है और वही विवरण में लौटता है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा कराय)**

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 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 प्रकाश का अन्तर्वाचकार या अन्तर्वाचकार, जो (आवेदक) अपने माहसूस को दर्शाते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यायोदीयों को अधिकृत करता है कि मैंने यथा, योग्यता और यों विवरण इस प्रकाश में दर्शाया है, उसे "कोशिका" ग्रन्थ जारी, दात, जानकारी/या दूसरे उद्देश्य से नुसी गतिविधियों और व्यवसायिकों को दिये जाने वाले यथा यात्रा यथा यात्रा के अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस चाल से सहमत हूं कि योग्य यथा, योग्यता और विवरण यों कि जानकारी के उद्देश्य से दर्शाया है युक्त चाल, जानकारी का इकाई नहीं बनता। इस चाल से "कोशिका" द्वारा जानकारी जारी किया जाता है।

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

आवेदक के स्वाक्षरण का अनुकूल विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल द्वारा कराय)**

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.

इसपर अधिकृत, हास्पातल की ओर संभालते होने को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जानकारी देने की जाती है, जिसे इस (हास्पातल) निम्न प्रकाश से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न ही अपरोक्ष और न ही अधिकृत में विविध जानकारी दियो गए जानकारी संभाल या किसी अन्य रूप से उन संस्कृतों में लिखे या लिखने हो जाएं, जो यह कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिर्फार्थिकता/जारी की है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जानकारी विवरण अधिकारी/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है। जो जानकारी किसी अन्य गैर जारीकारी संभाल या किसी अन्य संभाल से जानकारी लेके का अधिकार नुसी लेता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गैर जारी की ओर से देता है कि जानकारी अन्य गैर जारीकारी से नहीं लेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही गैर-जारीकारी के बावजूद विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इसप्रकाश द्वारा ही यह जानकारी या किसी गैर उपचार/इकाई का चुनाव देती है एवं हास्पातल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकाश का बोहोद्धा नहीं है। इसलिए हास्पातल में योगी के इकाई सुधारा और जारी की जाएं जो यही विवेदिती देंगी एवं हास्पातल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विवेदिती इस समस्ते में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अपरोक्ष की तारीख <b>05-12-2023</b>	 <b>Dr. Dharmender</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्टरेशन नं. ३४०२	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पातल अधिकृत 
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जानकारी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हास्पातल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हास्पातल 2



मानव संकेतन विभाग - प्रधानमंत्री कार्यालय

**भारत सरकार**

Unique Identification Authority of India  
Government of India

पंजाब राज्य: Enrollment No.: 2019/13159/06128

To:  
Sona  
Kaur  
W/O Dinesh Singh

Lambastra Pathera, Sambalpur  
Odisha-751004  
Mobile:



UC 11052877 6 IN  
Bhru-ITB010X-11452877



आपका आधार नम्बर / Your Aadhaar No.:  
**3953 9432 3768**

आधार — आप आदमी का अधिकार



आधार — आप आदमी का अधिकार