

SRE - C- 25-07-0944

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                                                               |                                                                                                                     | Koshika<br>foundation<br>Building block of life                                           |                                              |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या : S10725/0282                                                                                                                                               |                                                                                                                     | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि 15-7-2025                                                |                                              |                                                 |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम Mrs. Jaitun                                                                                                                                               |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>61                                                                  | SEX लिंग<br>F                                |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/कटुम्ब का नाम Late Mr. Yakeeb                                                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता<br>H. No. 58, Maheshwari Khichla Saharanpur, Saharanpur, Uttar Pradesh                                                                         |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता<br>Same as above                                                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय Home Maker                                                                                                                                                            |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)<br><input checked="" type="checkbox"/> MARRIED   |                                              |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय 46,000 (Family Income)                                                                                                                                |                                                                                                                     | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                     |                                              |                                                 |
| PAN No. (आपका पान संख्या) NA                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर छड़ी का निशान लगाएं) Yes / No<br>हां / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> No |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
| 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 सम्बन्ध |
| (1)                                                                                                                                                                                           | Shubham                                                                                                             | 25                                                                                        | M                                            | Son                                             |
| (2)                                                                                                                                                                                           | Sumit                                                                                                               | 22                                                                                        | M                                            | Son                                             |
| (3)                                                                                                                                                                                           | Anil                                                                                                                | 28                                                                                        | M                                            | Son                                             |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>बीपीएल कार्ड के नक़्क़े 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<br>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 cataract<br>IF - senile cataract                                                            |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                                                                               | Surgery - RE - STES with pinnia                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?                                                       |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                                                        | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशि                                   |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |



PASTE PHOTO HERE

Past of Past of  
Mrs. Jaitun  
(0282)

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शेदक 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 सहाय्य अथवा सहाय्य का प्रारूप है तो मेरी सहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहाय्य प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", अर्शेदक को हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहाय्य हेतु यह प्रार्थना की है, उस राशि का भौतिक या समकालीन दिवस किसी अन्य प्रतिस्थापक/नियोक्ता/कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक 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/post/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 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 (अर्शेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एकात्म न्यासी, दान, सहाय्यक दूसरे उद्देश्य से चुनने योग्यताओं और उपलब्धियों को लाने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे स्वास्थ्य को खतरे में डालने या खर्च करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सत्य। सहाय्य का अकारण नहीं बनना। इस संबंध में "कोशिका" एकात्म न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):**

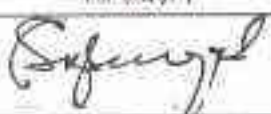
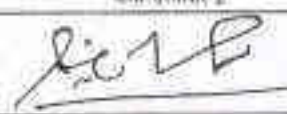
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- हमने अधिस्त, इसराष्ट्री को जोर से चलेवाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहाय्य 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 सहाय्य किसी भी सहाय्यी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनोद उठा के सहाय्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहाय्य वित्तीय अधिकतमकत हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहाय्यी संस्था या किसी अन्य सहाय्य से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि को स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सहाय्य उठा लेने/मान्य हेतु किसी भी सहाय्यी संस्था या किसी अन्य सहाय्य से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी चर हस्तगत द्वारा ही यह सहाय्य या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने को इलाज चुनना और अपने जाने की सभी विनोदारी ऐसी एवं हस्तगत को लेनी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या विरोधवादी इस सफल में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                 |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अपरेशन की तारीख<br>15-7-2025 | <br><b>DR. SUNIL VERMA</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंक्ति, नं. | <br><b>ARNAB MODAK</b><br>ADMINISTRATOR<br>(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

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