

SRE - (-25-07-1201

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                                     | Koshika<br>Foundation<br>Building block of life.                                                                                                                                           |                                              |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: S/0725/0296<br>अवेदन संख्या:                                                                                         |                                                                                                                     | APPLICATION DATE: 18-7-2025<br>अवेदन तिथि                                                                                                                                                  |                                              |                                                 |
| NAME of APPLICANT: Mrs. Sumitara<br>आवेदक का नाम                                                                                      |                                                                                                                     | AGE-YEARS: 68<br>आयु-वर्ष                                                                                                                                                                  | SEX: F<br>लिंग                               |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Surendra<br>पिता/सहस्र का नाम                                                                        |                                                                                                                     | PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <del>Chahnan Village - Chahnan Post - Badgon, Nanauta, Dehat, Sahasrampur</del><br>Nanauta, Uttar Pradesh, 241452<br>PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above |                                              |                                                 |
| OCCUPATION: Home Maker<br>व्यवसाय                                                                                                     |                                                                                                                     | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                                                                   |                                              |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 45,000 (Family Income)<br>कुल वार्षिक आय                                                                         |                                                                                                                     | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                                                                                                                      |                                              |                                                 |
| PAN No. स्वतंत्र खाता संख्या NA                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                 |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर रक्ता है (जो मन्त्र हो उस पर सही का निशान लगावे)      |                                                                                                                     | Yes / No<br>हाँ / नहीं                                                                                                                                                                     |                                              |                                                 |
| 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)                                                                                                                                   | Mahesh                                                                                                              | 25                                                                                                                                                                                         | M                                            | Son                                             |
| (2)                                                                                                                                   | Rajesh                                                                                                              | 26                                                                                                                                                                                         | M                                            | Son                                             |
| (3)                                                                                                                                   | Chahnan                                                                                                             | 23                                                                                                                                                                                         | M                                            | Son                                             |
| (4)                                                                                                                                   | Rajesh                                                                                                              | 29                                                                                                                                                                                         | F                                            | Daughter in Law                                 |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                           |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>पोषी रक्ता के साथ 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>LE - senile cataract                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       | Surgery - RE - SICS with PMMA                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                                                                                                                                    |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                 |



PASTE PHOTO HERE  
Pre op Post op  
Mrs. Sumitara  
(0296)

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सही अवस्था में नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अभी तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रकम ले ली है और न ही लेना चाहता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/out-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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मेरे लक्ष्य के लिए मांगी गई सहायता के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रचार और जानकारी के लिए किया जा सकता है और/या मेरे उपचार या लक्ष्य के पूर्ण होने के बाद भी।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है। इस उपयोग से मेरी सहायता के लिए मांगी गई सहायता के लिए मैं स्वतंत्र रूप से अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त कर सकता हूँ।

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

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

 p-self

**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, हस्ताक्षर की ओर से आपत्तियों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी स्रोत/संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में सक्षम हो पाएंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/मिलती सहायता के समान है। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अधिकार/संस्था हेतु मंजूरी नहीं मिली है। हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह वित्तिय प्रकृति की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी भी अन्य स्रोत/संस्था का चुनाव हमारे एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे के उपचार गुणवत्ता और हमारे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारता हमें अपने से नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                 |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>18-7-2025 | <br><b>DR. SUNIL VERMA</b><br>(Name, Designation & Reg. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ स्टैम्प | <br><b>ARNAB MODAK</b><br>ADMINISTRATOR<br>(Name, Designation & Reg. No. with Stamp)<br>हॉस्पिटल के 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

