

SRE - C - 22 - 05 - 0513

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                       |                                                                                                                                                       | Koshika<br>foundation<br>Sustaining block of life.                                        |                                              |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: <b>S10925/0494</b>                                                                                                   |                                                                                                                                                       | APPLICATION DATE: <b>18-9-25</b>                                                          |                                              |                                                 |
| NAME of APPLICANT: <b>Mr. Sewarham</b>                                                                                                |                                                                                                                                                       | AGE-YEARS: <b>66</b>                                                                      | SEX: <b>M</b>                                |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <b>Late Mr. Kantu</b>                                                                                         |                                                                                                                                                       | PASTE PHOTO HERE                                                                          |                                              |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <b>Bhaila Kalan, Sahasrampur, Uttar Pradesh, 243554</b>                                                    |                                                                                                                                                       |        |                                              |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <b>Same as above</b>                                                                                     |                                                                                                                                                       | <b>Pure op Past op</b><br><b>Mr. Sewarham</b><br><b>(0494)</b>                            |                                              |                                                 |
| OCCUPATION: <b>Labour</b>                                                                                                             | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                              |                                                                                           |                                              |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <b>47,000</b>                                                                                                    | (Attach Proof of Income)<br>(आप का साक्ष्य संलग्न) <b>NA</b>                                                                                          |                                                                                           |                                              |                                                 |
| PAN No. <b>NA</b>                                                                                                                     | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>Yes / No<br>हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                           |                                              |                                                 |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम                                                                                                       | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                | Gender<br>लिंग                               | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
| 1                                                                                                                                     | <b>Ruddeep</b>                                                                                                                                        | 36                                                                                        | M                                            | <b>Son</b>                                      |
| 2                                                                                                                                     | <b>Amity</b>                                                                                                                                          | 16                                                                                        | M                                            | <b>Daughter in law</b>                          |
| 3                                                                                                                                     |                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                              | <b>Grand Son</b>                                |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये किन्ती आधार                                          |                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                              |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अन्य 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 किन्से गये किन्ती का उद्देश्य:                                                    |                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रलिवेदन सूची संलग्न                                                          |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       | <b>Diagnosis - RE - senile cataract</b>                                                                                                               |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       | <b>LE - senile cataract</b>                                                                                                                           |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       | <b>Surgery - RE - SICS with PMMA</b>                                                                                                                  |                                                                                           |                                              |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? |                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                                                             | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                   |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                           |                                              |                                                 |

**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/अथवा सहायता प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया करूँगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का-आवृत्ति या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 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 अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एनम् न्यायी, दान, कल्याण/या दूसरे उद्देश्य से मुझे परिचितियों और दायित्वों के लिये किसी भी प्रकार अधिकाधिक से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण जो प्रकाश में पड़ेगा वह बात में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यायी 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 मुझे सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ 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:

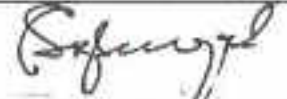
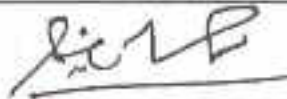
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता 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 सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मقرر हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्तव्य की जायज बात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल क्षीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेती गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या निम्नगरी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>11-9-25                                       | <br><b>Dr. SUNIL VERMA</b><br>(Name, Date & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व-हस्ताक्षर एवं पद का अधिकारी |
| <b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b> आन्तरिक उपयोग हेतु                    |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                        |
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यायी हस्ताक्षर 1                                 |                                                                                                                                                                                              | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यायी हस्ताक्षर 2                                                                                                                                                    |
|  |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                    |