

SRE-C-24-04-0427

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                     |                                                                                                                | Koshika<br>Foundation<br>Building Block of life                                                                                                     |                                              |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|
| APPLICATION No. / आवेदन संख्या: S/0125/0030                                                                                         |                                                                                                                | APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 20-1-2025                                                                                                            |                                              |                                          |
| NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Mr. Teller                                                                                        |                                                                                                                | AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 61                                                                                                                            | SEX / लिंग: M                                |                                          |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: Late Mr. Main Singh                                                                     |                                                                                                                |  <p>PASTE PHOTO HERE</p> <p>Pre op Post op<br/>Teller (0030)</p> |                                              |                                          |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Agha, Gas, Gahar, Shamli, Talalabad, Meerut, Pincode, 247772                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Same as above.                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
| OCCUPATION / व्यवसाय: Labourer                                                                                                      |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
| TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: 48,000                                                                                            |                                                                                                                | (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न): NA                                                                                               |                                              |                                          |
| PAN No. / पैन संख्या: NA                                                                                                            |                                                                                                                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                            |                                              |                                          |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):     |                                                                                                                | Yes / No<br>हाँ / नहीं                                                                                                                              |                                              |                                          |
| 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 से संबंध |
| 1                                                                                                                                   | Ashok                                                                                                          | 42                                                                                                                                                  | M                                            | Son                                      |
| 2                                                                                                                                   | Utkarsh                                                                                                        | 38                                                                                                                                                  | M                                            | Son                                      |
| 3                                                                                                                                   | Kaif                                                                                                           | 40                                                                                                                                                  | F                                            | Daughter in law                          |
| 4                                                                                                                                   | Falla                                                                                                          | 35                                                                                                                                                  | F                                            | Daughter in law                          |
| 5                                                                                                                                   | Rahat                                                                                                          | 25                                                                                                                                                  | M                                            | Grand Son                                |
| 6                                                                                                                                   | Ritik                                                                                                          | 14                                                                                                                                                  | M                                            | Grand Son                                |
| 7                                                                                                                                   | Gudriya                                                                                                        | 12                                                                                                                                                  | F                                            | Grand daughter                           |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के लिये निम्न विकल्प आशय                                      |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबों के लिये प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)                                | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)                                                               | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |                                          |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
| Sr. No. / क्रम संख्या                                                                                                               | Medical Reports/Prescriptions Attached / जलवाला/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया भूरी संलग्न                   |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
|                                                                                                                                     | Diagnosis - RE - Senile Cataract<br>LE - Senile Cataract<br>Surgery - RE - SICS with PMMA                      |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
| ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
| Sr. No. / क्रम संख्या                                                                                                               | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम                                                                       | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED / जो गई सहायता राशि                                                                                               |                                              |                                          |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |                                              |                                          |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक: इस प्रकार यह):**

- 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 false for rejection/repatriation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in the 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन रिफूज की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मददात से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न कोई रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक: इस प्रकार):**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicise/put-up/republish 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक): अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस रूप में प्रकाशित हों, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशकों द्वारा प्रसारित से दूसरी मीडिया/सर्विसों को लिखित, लिखित भी इसका उपयोग कर प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रकाशित या विवरण को इसका उपयोग करने या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उपरोक्त में प्रसारित है मुझे प्रसारित करने का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित अधिकृत का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

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

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान:



P-SELF

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इस प्रकार):**

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby agree & 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 अतिरिक्त, हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता से वित्तीय सहायता को नहीं ले रहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) प्राप्त करने में काम न आया कर रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हमें सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह समझना है कि हमें अपने उपचार/चिकित्सा का चुनाव हमें अपने हस्पताल के डॉक्टर या विभाग के डॉक्टर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमारा मत है कि हमें अपने उपचार का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

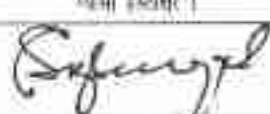
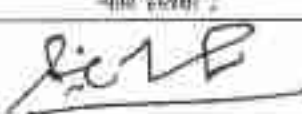
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                       |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>अर्शक की तारीख<br>20-1-2025 | <br><b>Dr. GARVITA JOSHI</b><br>(Name of Doctor & Hospital Seal Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्पताल का निशान | <br><b>ARNAB MODAK</b><br>ADMINISTRATOR<br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इत्यादि अतिरिक्त अधिकारी |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>प्रथमी हस्ताक्षर 1<br> | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>प्रथमी हस्ताक्षर 2<br> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|