

SRE- ( - 25 - 01 - 1074

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                           |  | Koshika<br>Foundation<br>Building Block of life                                                                                                    |         |
|---------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| APPLICATION No. : 510125/0837                                             |  | APPLICATION DATE: 21-1-2025                                                                                                                        |         |
| NAME of APPLICANT : Mrs. Munni                                            |  | AGE-YEARS : 56                                                                                                                                     | SEX : F |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Mr. Shiv Kumar                                   |  |  <p>PASTE PHOTO HERE</p> <p>Pre op Post op<br/>Munni (0837)</p> |         |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Mumtaz Mahal, Sahasrabhumi, Jharkhand, 814153 |  |                                                                                                                                                    |         |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above                               |  |                                                                                                                                                    |         |
| OCCUPATION : Home Maker                                                   |  |                                                                                                                                                    |         |
| TOTAL ANNUAL INCOME : 48,000 (Family Income)                              |  | (Attach Proof of Income) : NA                                                                                                                      |         |
| PAN No. : NA                                                              |  | (Attach Proof of Income) : NA                                                                                                                      |         |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):            |  | Yes / No                                                                                                                                           |         |
| Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)            |  |                                                                                                                                                    |         |
| BPL Card (Attach Card Copy)                                               |  | EWS Certificate (Attach Certificate Copy)                                                                                                          |         |
| Ration Card (Attach Copy)                                                 |  | Any Other Basis/Proof                                                                                                                              |         |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE                                       |  |                                                                                                                                                    |         |
| Medical Reports/Prescriptions Attached                                    |  |                                                                                                                                                    |         |
| Diagnosis - RE - pseudophakic                                             |  |                                                                                                                                                    |         |
| LE - senile Cataract                                                      |  |                                                                                                                                                    |         |
| Surgery - LE - SICS With PHIMA                                            |  |                                                                                                                                                    |         |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES            |  |                                                                                                                                                    |         |
| NAME of OTHER SOURCE                                                      |  |                                                                                                                                                    |         |
| AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                        |  |                                                                                                                                                    |         |

**DECLARATION by APPLICANT:** (अर्शिक 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.
- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र पर कोई भी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "बोधित" कर रहा हूँ कि, इसका उपयोग इस उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने (अर्शिक) से प्राप्त किया हुआ पैसा किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शिक द्वारा स्वीकार):

1. By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/collect/print 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 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 मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो आदि को विचार इस प्रकार से कर सकते हैं, जो "कोशिका" द्वारा अपनी, घर, समुदाय द्वारा उपयोग में ली जाने वाली और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार सम्मान में उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि यह सब मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकृत है।

(2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि यह सत्य, सही, सही और विचार को कि सम्मान के उपयोग से अधिकृत है। मैंने कहा, सम्मान का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने भरोसे के विचार और सम्मान के लिए।

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

अर्शिक से सम्मान या सहायता का विवरण



P-Self

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

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 this matter.

हमारे अधिकृत, भरोसे की ओर से सम्मान/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जिन प्रकार से सत्य न स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि - मैं (हस्पताल) और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता सम्मान या किसी अन्य स्रोत से लेने का मेरा कोई भी दावा है, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया हुआ पैसा के सम्मान में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु सम्मान नहीं किया जाता है तो सम्मान किसी अन्य स्रोत/रोगी सम्मान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत अधिकृत रहता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मान द्वारा प्राप्त सहायता/सहायता हेतु किसी भी सहायता सम्मान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

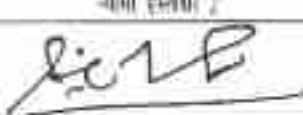
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर सम्मान द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं सम्मान के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए सम्मान में रोगी के अलग दायर और अपने जाने की जारी रखने/लेने के लिए सम्मान को जारी और "कोशिका" को कोई दायरता या जिम्मेदारी सम्मान में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

अधिकृत की विचार सम्मान

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>अपरेशन की तारीख<br><br>21-1-2025 | <br><b>Dr. Charul Jain</b><br><b>DMC No.-109367</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर | <br><b>ARNAB MODAK</b><br><b>ADMINISTRATOR</b><br><b>SCCH SAHARANPUR</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद सम्मान अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अन्तरिक उपयोग हेतु)

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>नामों सम्मान 1<br><br> | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>नामों सम्मान 2<br><br> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|