

SRE-C-26-03-0705

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                    |                                                                                              | Koshika<br>foundation<br>Building Block of life.                                                                                               |                |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: S/0326/1007<br>आवेदन संख्या:                                                                                                      |                                                                                              | APPLICATION DATE: 13/3/26<br>आवेदन तिथि:                                                                                                       |                |                                                                                            |
| NAME of APPLICANT: Mrs. Sunita<br>आवेदक का नाम                                                                                                     |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 57                                                                                                                         | SEX लिंग: F    |                                                                                            |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Babu Ram<br>पिता/वधू का नाम                                                                                            |                                                                                              |  <p>PASTE PHOTO HERE<br/>Pre op Post op - Sunita (1007)</p> |                |                                                                                            |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वरतन आवासीय पता<br>Manakpur, Shamli, Bhanu Uda<br>Uttar Pradesh, 247771                                                 |                                                                                              |                                                                                                                                                |                |                                                                                            |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता<br>same as above                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                                |                |                                                                                            |
| OCCUPATION: Home Maker<br>व्यवसाय                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                                |                | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                   |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 48,000 (family Income)<br>कुल वार्षिक आय                                                                                      |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                                                                          |                |                                                                                            |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या: NA                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                                                |                |                                                                                            |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हा / 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)                                                                                                                                                | Babu Ram                                                                                     | 58                                                                                                                                             | M              | Husband                                                                                    |
| (2)                                                                                                                                                | Prince Abhay                                                                                 | 21                                                                                                                                             | M              | Son                                                                                        |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति 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>सामान्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                         |                | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोज्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other 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 - Senior Cataract                                                             |                                                                                                                                                |                |                                                                                            |
|                                                                                                                                                    | LE - Senior Cataract                                                                         |                                                                                                                                                |                |                                                                                            |
|                                                                                                                                                    | Surgery - LE - 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>ली गई सहायता राशि                                                                                        |                |                                                                                            |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                                |                |                                                                                            |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                                |                |                                                                                            |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                                |                |                                                                                            |



**DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विभिन्न किसी अन्य स्रोत/निर्भरक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान देकर मैं (अवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यूज, दूर, वाक्यवाच्य दूसरे उद्देश्य से चुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यूज अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है पूर्णतः सत्य। सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायिकता का विनियम अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि 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 ओर से यहाँ/यहाँ के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रता से कहते हैं, 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 संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनम्रता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरने हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अतिरिक्त/सफल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या 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 के इलाज सुचारु और अपने काम के सही निष्पत्ती रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

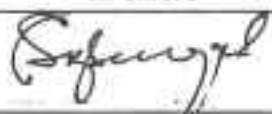
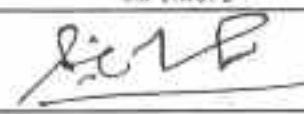
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                          |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>18/3/26 | <b>Dr. NEHA</b><br>DMC No.-58989<br>(Name of Dr. & 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 पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तरिक उपयोग हेतु

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