

|                                                                                      |                                                                                              |                                                         |                       |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                      |                                                                                              | Koshika<br>foundation<br>Building hope of life          |                       |                                                 |
| APPLICATION No.: F1124/268 (628/24)                                                  |                                                                                              | APPLICATION DATE: 19/11/24                              |                       |                                                 |
| NAME of APPLICANT: Mrs. Kawalya Devi                                                 |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष                                      | SEX लिंग              |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kailash Shukla                                               |                                                                                              | 65                                                      | F                     |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: T-1/19 Sangam Vihar New Delhi                             |                                                                                              |                                                         |                       |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: As Above                                                |                                                                                              |                                                         |                       |                                                 |
| OCCUPATION: h/w                                                                      |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                |                       |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 2.50 Lacs (Family Income)                                     |                                                                                              | (Attach Proof of Income)                                |                       |                                                 |
| PAN No. स्याई खाता संख्या -                                                          |                                                                                              |                                                         |                       |                                                 |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (हाँ) / No (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                                                                                    | Yogesh                                                                                       | 33                                                      | M                     | Son                                             |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)                       |                                                                                              |                                                         |                       |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)                                                       | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)                                                 | Ration Card<br>(Attach Copy)                            | Any Other Basis/Proof |                                                 |
| "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 |                                                         |                       |                                                 |
|                                                                                      | Diagn:- RE Cataract                                                                          |                                                         |                       |                                                 |
|                                                                                      | Sub:- RE Phaco + IOL                                                                         |                                                         |                       |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES                       |                                                                                              |                                                         |                       |                                                 |
| 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:** आवेदक द्वारा घोषणा 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, 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण निम्न प्रो.नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में धोखे है, उसे "कोशिका" एम्पू न्यासी, राज, याचक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पू उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/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 और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के साथ ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति आंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                |                                                                                  |                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>19/11/24 | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.<br> | Dr. Rohit Harrison<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

|                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी हस्ताक्षर 2<br> |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|