

MAM-C-23-01-0650

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE                                                                                                    |                                                                                                   | (Healthcare)                                                                                                                     |             | <br>Building spirit of life                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप                                                                                                          |                                                                                                   | (स्वास्थ्य देखभाल)                                                                                                               |             |                                                                                                                                                                         |  |
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या: M/0123/0052                                                                                         |                                                                                                   | APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 12/01/23                                                                                            |             |                                                                                                                                                                         |  |
| NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम Ram Sharan                                                                                         |                                                                                                   | AGE-YEARS आयु-वर्ष 72                                                                                                            | SEX लिंग M  |   |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम ChitRanhu                                                                                |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता                                                                                      |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| Gharan - Telak Purnoda Post - Mansarovar Nagar                                                                                     |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| Pitani Dehat Pitari Shahabad Haridwar                                                                                              |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता                                                                                     |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| Uttar Pradesh - 241406                                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| OCCUPATION: व्यवसाय Farmer                                                                                                         |                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / <input type="checkbox"/> UNMARRIED (अविवाहित)                            |             |                                                                                                                                                                         |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 45,000/-                                                                                       |                                                                                                   | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)                                                                             |             |                                                                                                                                                                         |  |
| PAN No. म्याम खाता संख्या                                                                                                          |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता हैं (जो नम्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे):     |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| Yes / No हा / 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 के साथ संबंध                                                                                                                              |  |
| 1.                                                                                                                                 | Lata Ram                                                                                          | 36                                                                                                                               | M           | Son                                                                                                                                                                     |  |
| 2.                                                                                                                                 | Shiv Kumar                                                                                        | 33                                                                                                                               | M           | Son                                                                                                                                                                     |  |
| 3.                                                                                                                                 | Ranjana                                                                                           | 33                                                                                                                               | F           | Daughter                                                                                                                                                                |  |
| 4.                                                                                                                                 | Mahila                                                                                            | 29                                                                                                                               | F           | Daughter                                                                                                                                                                |  |
| 5.                                                                                                                                 | Sahiba                                                                                            | 27                                                                                                                               | F           | Daughter                                                                                                                                                                |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार                                      |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (उपग्रह पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)         |                                                                                                   | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) |             | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Card Copy) तपपोषण कार्ड (उपग्रह पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य                                                                    |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित उद्देश्य:                                                     |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached (आस्थापना/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न) |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| 1.                                                                                                                                 | Diagnosis RE - Severe Cataract                                                                    |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                    | LE - Severe Cataract                                                                              |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| 2.                                                                                                                                 | LE SIO with Pseudo lens (comp)                                                                    |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से दिया गया है? |                                                                                                   |                                                                                                                                  |             |                                                                                                                                                                         |  |
| Sr. No. क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम                                                            | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई राशि/प्रती                                                                              |             |                                                                                                                                                                         |  |
| 1.                                                                                                                                 | DICTS                                                                                             | 25000/-                                                                                                                          |             |                                                                                                                                                                         |  |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करना:**

- 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, seek 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 यथेष्टता करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लेम या अन्य प्रकार का दावा है तो मैं सही जानकारी दिये बिना नहीं कर सकूँगा।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यथेष्टता करता हूँ कि मैं इस राशि को किसी भी अन्य स्रोत से वापस नहीं करूँगा, न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/produce 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 प्रावधान पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" द्वारा प्रसारित, या, आवश्यकता होने पर अन्य माध्यमों के माध्यम से जानकारी के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए जानकारी को प्रसारित करने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत किया जाता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी भी प्रकार का उपयोग मेरी सहायता के लिए नहीं किया जाएगा। इस सहायता का प्रदान करने का निर्णय केवल "कोशिका फाउंडेशन" के न्याताओं के पास होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**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 seek 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 seek 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.

उपरोक्त संकेत, हस्ताक्षरों के और भी समतुल्यता के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा हॉस्पिटल न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए अन्य स्रोतों से नहीं करेगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमारा हॉस्पिटल अपने अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रावधान के अंतर्गत हमारा हॉस्पिटल ही पूर्ण रूप से उपचार और रोगी की सुरक्षा के लिए जिम्मेदार होगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारी ही जिम्मेदारी है और हमारा हॉस्पिटल ही रोगी का उपचार करेगा और हमारे हॉस्पिटल का निर्णय ही रोगी के उपचार के लिए प्रभावित नहीं होगा। इसलिए हमारा हॉस्पिटल ही रोगी के उपचार के लिए पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

12/01/23

Dr. MAHAJAN KHAN  
MBBS, D.S. (FCR)  
U.P. Medical Council  
Reg. No. 1234567890

Anurag Mishra  
Manager Administration  
Dr. Shree's Charitable Eye  
Sahadeva  
Madi Khail  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
behalf of Hospital)  
नाम व पद धारण करने वाले अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
अवरोहक 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
अवरोहक 2

Safar