

SRE-C-25-04-1960

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप | | (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) | Koshika foundation Building block of life | |
| APPLICATION No.: आवेदन संख्या : | S/0525/0080 | APPLICATION DATE : 7-5-2025 आवेदन तिथि | | |
| NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम | Mr. Roshpal | AGE-YEARS उम्र-वर्ष | M | |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/ज़मीन की जाति | late Mr. Mahendra | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासोंपत्र Village - dipnagar, Machhali, Hari, P.O. Mohan Theli, B.L.S., Saharanpur, Uttar Pradesh - 247001 | | PASTE PHOTO HERE Post op Postop Rushpal (0080) | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासोंपत्र Same as above | | | | |
| OCCUPATION : कामसंबंधी | Labour | MARRIED (मिलाइया) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष प्रमाण) | | |
| TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय | NA | NA | | |
| PAN No. स्थाई स्वातंत्र्य संख्या | NA | ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अवधि कर दाता हैं (जो मात्र से उस पर सही का निश्चान लगायें): Yes / No 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 के साथ सम्बन्ध |
| (1) (2) (3) | Rupa Akash | 54 21 | F M | Wife Son |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनात आधार | | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रणाल पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्यं आप वाप प्रणाल पत्र (प्रणाल पत्र की छाप इति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) ठपभांकता कार्ड (प्रणाल पत्र की छाप प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष | |
| 'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिनात का उद्देश्य: | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | |
| <i>Diagnosis - RE - Cataract LE - Cataract Surgery - RE - SICS with PMMA</i> | | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के द्वारा कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो? | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले द्वारा जीवन 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.
- 4) मैं अपना कहा हूँ कि इस बदले में यिस गये मरमी विवरण में से बदलकरी को नामांकन नहीं करता है। तब उसे विवरण एवं कथन असत्य पद्धति कहा है तो मेरी नामांकन नियम की जा सकती है।
- 5) मैं इस बाबा का सहायता देता "कोशिका फाउंडेशन", जो तो जा रहा है, उसका उपर्युक्त उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिए नियम बदलेग, जो इस बदले ने पहले था।
- 6) मैं पुराने कहा हूँ कि यिस सहायता देता पहले प्रार्थना को नहीं है, उस गति का नामिक या भक्ति विद्युत विद्युत नियम कम्पनी से न तो नियम है और न ही भौतिक में सूची।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन करने वाले करा)

- 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 is final and acceptable to me.
- 3) इस प्रति पर अपने इमारत का नाम हालांकर, मैं (अप्लिकेशन) नामदे सहायता की पूर्ण कहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, ज्ञा, जाति और जीवन इस प्रति में शामिल हैं, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दान, बालसुधा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी द्वारा प्राप्त माध्यम से प्रसिद्धि करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण ले इसके के चलते या जारी में कहा के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामकों अधिकृत है।
- 4) मैं (अप्लिकेशन) इस बदले से सहायता देता हूँ कि मेरा नाम, ज्ञा, जाति और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्ति है जुड़े रखा; सहायता का हक्कार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" इसके न्यायीय का नियम नीति और बाधकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के हस्ताक्षर या अंगूठे का नियम



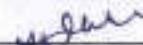
AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर करने वाला)

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 this matter.

इन्हे अधिकृत, हस्ताक्षरी की जाते से यात्रा-रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हूँ दियारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से साम्य व स्वीकृत करते हैं:

- 1) यह कि न तो कोई भी भवित्व में विविध सहायता किसी गैर सहायती संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उसे दोगुना अपर्याप्ति में होने का से छोड़ते हैं, जैसे कि हास्पी "कोशिका फाउंडेशन" से सिकानी/विनीत रूप के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह देता है यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियी गयी अधिकृत नहीं जाता है तो असहायता किसी अन्य ऐसे संस्थान से सहायता देने का अधिकृत सुझाव देता है। इस पूर्ण में सहज कहा जाता है कि असहायता दियी गयी वह उसके दोनों/भागों हैं कि उसका दोनों भाग या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा देने की संभवता नहीं होती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में नी गई सहायता के बावजूद विविध प्रकृति की है। ऐसे पार हस्ताक्षर द्वारा यही गई सहायता का किये गये उपचार/उकिया का चुनाव होती है हस्ताक्षर के बावजूद वह विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उकार नहीं की जाती है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के हालात सुखा और आने वाले की सारी विवरणीय गोंधों एवं हस्ताक्षर की गोंधों जैसे "कोशिका" की कोई घूमिका या विवरणीय इस बाबत में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति
ARNAB MODAK**ADMINISTRATOR****SCEH SAHARANPUR**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

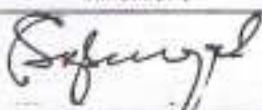
Date of Surgery: 7-5-2025
अंगीरात की तारीख**Dr. NEETA**
DMC No. 58989(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर की तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यायी हस्ताक्षर 2

