

SRE-C-24-05-0642

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)                                       |   | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.  |  |  |
|---|---|---|--|--|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :   | S10S2410122   | APPLICATION DATE :<br>आवेदन तिथि  | 10-05-2024                                   |  |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम   | Mr. Gopi Chnad  | AGE-YEARS आयु-वर्ष  | 69   |  |
|   |   | SEX लिंग  | M  |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME :<br>पिता/सहस्र का नाम   | Late Mr. Seetaram   |   |  |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता<br>Ganhi, Abdullakhan, Ganhi Abdulla Khan,<br>Shamli, Uttar Pradesh, 247778            |   |   |  |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता<br>Same as above   |   |   |  |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय   | Labour  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |  |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय   | 45,000  | (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 लगायें)      |   |   |  |  |
|   |   | Yes / No<br>हां / 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 सम्बंध |
| (1)   | Nitin   | 41  | M  | Son  |
| (2)   | Chintu  | 38  | M  | Son  |
| (3)   | Seema   | 36  | F  | Daughter in law                                |
| (4)   | Poojati   | 34  | F  | Daughter in law                                |
| (5)   | Jash  | 12  | M  | Grand Son                                      |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार   |   |   |  |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>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 - Total cataract   |   |  |  |
|   | LE - Senile cataract  |   |  |  |
|   | Surgery - RE - 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 हो? |   |   |  |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशी                                   |  |  |
|   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |
|   |   |   |  |  |

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र गत है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्ता/बीमा कम्पनी से न जो 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 it's 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 it's 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 this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इस्तेमाल या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धारित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोयोग 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से नामले/पेगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को 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/रोगीने में लेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिती आंशिक/सफल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन 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 दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सटी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|  |   |   |
|--|---|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>10-05-2024 | <br><b>Dr. AASTHA</b><br><b>DMC-103385</b><br>(Name of Dr. & Regn. No, with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <br><b>ARNAB MODAK</b><br><b>ADMINISTRATOR</b><br>(Name of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--|---|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

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





**GOVERNMENT OF INDIA**  
**Ministry of Defence**  
**Defence Research and Development Organisation**


 Mr. J. S. Chahal  
 Joint Director (R&D) / COB - 2001/1982  
 DRDO, Hyderabad



3744 4897 8157


**GOVERNMENT OF INDIA**  
**Ministry of Defence**  
**Defence Research and Development Organisation**

Mr. J. S. Chahal  
 Joint Director (R&D) / COB - 2001/1982  
 DRDO, Hyderabad

Mr. J. S. Chahal  
 Joint Director (R&D) / COB - 2001/1982  
 DRDO, Hyderabad

3744 4897 8157