

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)                                                     |                                                                                                                     | Koshika foundation<br>Building block of life.                                             |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| APPLICATION No.:<br>आवेदन संख्या: C1012310124                                                                                                       | APPLICATION DATE: 21-01-2023<br>आवेदन तिथि                                                                          |                                                                                           |                                              |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम MM8. Salochna                                                                                                    | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>63                                                                                            | SEX लिंग<br>F                                                                             |                                              |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/पति का नाम Late Mr. Kishorlal                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>House no- 469, Nagal Road, Village- Lakhanu,<br>Lakhanu Must., Sahayapur, Uttar<br>Pradesh - 247551 |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता<br>Same as above                                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
| OCCUPATION:<br>व्यवसाय House wife                                                                                                                   | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                            |                                                                                           |                                              |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक आय 48,000 (Family Income)                                                                                       | (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 देता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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                               |
| (1)                                                                                                                                                 | Pankaj                                                                                                              | 30                                                                                        | M                                            |
| (2)                                                                                                                                                 | Vicky                                                                                                               | 26                                                                                        | M                                            |
| (3)                                                                                                                                                 | Purvi                                                                                                               | 27                                                                                        | F                                            |
| (4)                                                                                                                                                 | Arushi                                                                                                              | 17                                                                                        | M                                            |
| (5)                                                                                                                                                 | Akshat                                                                                                              | 10                                                                                        | M                                            |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विधि 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 निम्नी का उद्देश्य:                                                                    |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                              | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                        |                                                                                           |                                              |
|                                                                                                                                                     | Diagnosis - RE - senile cataract<br>LE - Pseudophacic                                                               |                                                                                           |                                              |
|                                                                                                                                                     | Surgery - RE - SLCS 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>लगा 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/वास्तविकता धरातल पर सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाए गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि वित्त सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साक्ष्यकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं त्वासी, नाम, व्यवस्थापक द्वारा वर्तमान से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे द्वारा जो पते या खर्च के करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त किया जा रहा है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इशारा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके त्वासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाईं थंब का निशान



P. self

**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 मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

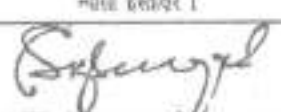
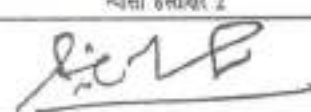
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से प्राप्त की जायेगी, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त नहीं की जाती, तो हम (हस्पताल) अपने अधिकृत अधिकृत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सहायता से या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की 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 दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने खर्च की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

|                                                  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>21-01-2023 | MOHD. RAMEEZ REZA<br>M.D.<br>OPHTHALMOLOGY<br>(Name of Dr. & Regd. No. & Stamp)<br>Dr. Shroff's Chark<br>हॉस्पिटल का नाम व स्टांप | VIVEK RANA<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>Dr. Shroff's Chark<br>(MANANI)<br>होमो नॉन गवर्नाट अधिकृत अधिकारी |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>भारती हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>त्वारी हस्ताक्षर 2<br> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|




**भारत सरकार**  
 Government of India


**सलोचना**  
 Salochna  
 UIN IDN/DOB: 03/01/1980  
 New: FEMALE



9110 0813 1688  
 UIN: 9110 0813 1688 2790

मेरा आधार, मेरी पहचान


**भारत सरकार**  
 Unique Identification Authority of India

**आधार**  
 W/O. KUSHALADH, House No-409, Nagol  
 Road, Village Lakhnour, Lakhnour Must.,  
 Saharanpur - 247551

**Address:**  
 W/O. KUSHALADH, House No-409, Nagol  
 Road, Village Lakhnour, Lakhnour Must.,  
 Saharanpur - 247551



9110 0813 1688  
 UIN: 9110 0813 1688 2790

2790