

SRE- C-25-06-1062

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                          |                                                                                                                    | Koshika<br>foundation<br>Building block of life                                           |                                              |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: S/0625/0194<br>आवेदन संख्या :                                                                                           |                                                                                                                    | APPLICATION DATE: 20-6-25<br>आवेदन तिथि                                                   |                                              |                                                 |
| NAME of APPLICANT: Mr. Dilshad<br>आवेदक का नाम                                                                                           |                                                                                                                    | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>52                                                                  | SEX लिंग<br>M                                |                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late Mr. Raimudeen<br>पिता/कटुम्ब का नाम                                                                         |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता<br>Ganhi, Abdullakhan, PO: Ganhi,<br>Abdulla Khan, DIST: Shamli,<br>Uttar Pradesh - 247778 |                                                                                                                    | PASTE PHOTO HERE<br>Pic of Postop<br>Dilshad<br>(0194)                                    |                                              |                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता<br>same as above                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |
| OCCUPATION: Labour<br>व्यवसाय                                                                                                            | UNMARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)                                                                           |                                                                                           |                                              |                                                 |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 52,000<br>कुल वार्षिक आय                                                                                            | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                                              |                                                                                           |                                              |                                                 |
| PAN No. स्थायी आयकर संख्या<br>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 लगाएं)          |                                                                                                                    | 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 सम्बन्ध |
| 1                                                                                                                                        | Rukaiya                                                                                                            | 50                                                                                        | F                                            | Wife                                            |
| 2                                                                                                                                        | Mehdi Jai                                                                                                          | 28                                                                                        | M                                            | Son                                             |
| 3                                                                                                                                        | Mahesh                                                                                                             | 26                                                                                        | M                                            | Son                                             |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार                                              |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>भरीबी रेशन कार्ड की प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |                                                 |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किसे लगे विनती का उद्देश्य:                                                          |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                   | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                       |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                          | Diagnosis- R6- senile Cataract                                                                                     |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                          | LE- senile Cataract                                                                                                |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                          | Surgery- LE- SICS with PMMA                                                                                        |                                                                                           |                                              |                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?    |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                   | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                          | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी                                   |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                           |                                              |                                                 |



**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करें)**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र 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 निम्न को वापस कर दी जा सकती है।
- 5) मैं दृढ़ता से सहायता पाने "कोशिका फाउन्डेशन", से जो कि सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में पत्र किया है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वारिष्क या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करता)**

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.

3) इस प्रश्नपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्नपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा नामी, दान, प्रकाश/या दूसरे उद्देश्य से मुझी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी प्रत्यक्ष को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।

4) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)**

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मायने/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 संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज से ली जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी अन्य संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उस रोगी/मरीज हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो-या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य 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 आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

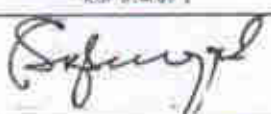
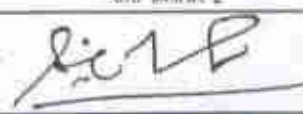
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>20-6-25 | <br><b>DR. SUNIL VERMA</b><br><b>DMC No.- 20634</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. | <br><b>ARNAB MODAK</b><br><b>ADMINISTRATOR</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

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