

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                        |                                                                                                  | Koshika<br>foundation<br>Building block of life                                                                                                |                      |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION No.: <u>A10921/0274</u><br>आवेदन संख्या:                                                                                   |                                                                                                  | APPLICATION DATE: <u>23/09/2021</u><br>आवेदन तिथि                                                                                              |                      |                                                                                            |
| NAME of APPLICANT: <u>Shashi Devi Sharma</u><br>आवेदक का नाम                                                                           |                                                                                                  | AGE-YEARS <u>79</u><br>आयु-वर्ष                                                                                                                | SEX <u>F</u><br>लिंग |                                                                                            |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>Ramkishan Sharma</u><br>पिता/हस्ताक्षर का नाम                                                               |                                                                                                  |  <p>Preop <u>0274</u> Post op <u>Shashi Devi Sharma</u></p> |                      |                                                                                            |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>270th Nagar, FCI, Gidam ki Palk.</u><br>वर्तमान आवास पता                                                 |                                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>Almuri, Rajarthan - 301001</u><br>स्थायी आवास पता                                                      |                                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| <u>as above</u>                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| OCCUPATION: <u>Home maker</u><br>व्यवसाय                                                                                               |                                                                                                  | MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                                                        |                      |                                                                                            |
| TOTAL ANNUAL INCOME: <u>58000/- (Family)</u><br>कुल वार्षिक आय                                                                         |                                                                                                  | (Attach Proof of Income)<br>(आय का प्रमाण संलग्न) <u>N/A</u>                                                                                   |                      |                                                                                            |
| PAN No. <u>N/A</u><br>स्थायी खाता संख्या                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त्र हो उस क सही का चिह्न लगाये)        |                                                                                                  | Yes (हाँ) / No (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 संबंध                                              |
| <u>1</u>                                                                                                                               | <u>Ram Kishan</u>                                                                                | <u>68</u>                                                                                                                                      | <u>M</u>             | <u>Husband</u>                                                                             |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिए निम्न आधार                                             |                                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश 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>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) |
| Any Other Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण                                                                                               |                                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE;<br>सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:                                                        |                                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                 | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>उपचार/दवाइयों से जुड़ी की गई प्रविष्टि/पुस्तिका संलग्न |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| <u>1</u>                                                                                                                               | <u>Diagnosis - LE - P.P.</u>                                                                     |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
|                                                                                                                                        | <u>LE - CAT</u>                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| <u>2</u>                                                                                                                               | <u>Diagnosis - LE - S.I.C.S.H.A.T.A.T.</u>                                                       |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
|                                                                                                                                        | <u>(11/01/2021) 04</u>                                                                           |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
|                                                                                                                                        | <u>5388010MC नम 0499</u>                                                                         |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES.<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                                  |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                 | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                        | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>तो गई सहायता राशि                                                                                        |                      |                                                                                            |
| <u>1</u>                                                                                                                               | <u>NIL</u>                                                                                       |                                                                                                                                                |                      |                                                                                            |

**DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक द्वारा घोषणा कर):**

- 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 मेरे ज्ञानकारी 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 यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रारूप में उल्लिखित हैं, जैसे "कोशिका" एवम् जाहें, चन, कचन/का दूसरे उद्देश्य के लिये पत्रिकाओं और वृत्तपत्रों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार या प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के फलते या कान में कानों के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये अधिकृत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वीकार; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

अवेदक 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 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 सम्बन्धित 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 ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीन में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति अधिकृत/स्वीकृत हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय करार उक्त रोगी/रोगीन हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा से गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

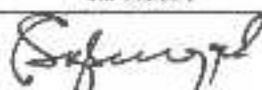
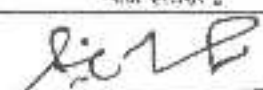
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                  |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>23/05/2021 | <br><b>Dr. NUPUR GUPTA</b><br><b>MS (OPHTHAL)</b><br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br><b>Reg. No. 14140000000</b> | <br><b>CHARAN MASSEY</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br><b>Dr. Shrawan</b><br>(Name of Hospital) |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

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