


SRE-C-26-01-0420

| 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: S10126/0793   | APPLICATION DATE: 8/1/26<br>आवेदन तिथि  |  <p>PASTE PHOTO HERE<br/>Pre op Post op - Kiran (0793)</p> |   |   |
| NAME of APPLICANT:<br>आवेदक का नाम: Mrs. Kiran  | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 56  |   |   | SEX लिंग: F                                   |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME:<br>पिता/कटुम्भ का नाम: Mr. Dherampal  | PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता:<br>House no - 97, Patna Urf Nayabab, Patna Urf Nayabab, Saharanpuri, Uttar Pradesh - 247231 |   |   |   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता:<br>same as above.   |   |   |   |   |
| OCCUPATION:<br>व्यवसाय: Home Maker  | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  |   |   |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME:<br>कुल वार्षिक आय: 49,000 (family income)  | (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न) NA   |   |   |   |
| PAN No. स्थाई आय सख्या: 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 <input checked="" type="checkbox"/>  |   |   |
| 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 |
| 1   | Dherampal   | 58  | M   | Husband                                       |
| 2   | Anshu   | 28  | M   | Son   |
| 3   | Vibhu   | 25  | M   | Son   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनति आधार   |   |   |   |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)                            | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)                      | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)  | Any Other 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 - Senile Cataract<br>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 है? |   |   |   |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम   | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्यता का दावा है तो मेरी जानकारी रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीमबर्समेंट लेना है और न ही पॉसिबल है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यूनी, दूर, साक्षात्कार वृत्त उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का विवरण मेरी इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है जुड़े सहायता का इकाइय नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



**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 की ओर से घोषणा/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन के साथ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अधिक/समस्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद केवल वित्तीय हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं होगा।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किने गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

|  |  |   |
|--|--|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>8/1/26 | <br><b>Dr. NEHA</b><br>DMC No. - 58989<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र नं. | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--|--|---|

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

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