#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 24/03/25 V/0325/1220 आवेदन संख्या : आवंदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग Kusum NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम 57 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Bunda पिता/कटम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Near D. T.C. depote Mample Postob Mandali, Blist. North east delhis Delhis 110093 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as above OCCUPATION: Home makes MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 440001- (Family) कुल वाषिक आय (आय का साक्व संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Relation with Applicant Sr. No. Age (Years) Gender उम्र (वर्ष) क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम आवंदक के साथ सम्बध लिंग Khudev 66 harma m Husband Nevi 28 M Som Daughter in Law 36 Jugni BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य काय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catanart Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या A)BCS 2 0001 -

### DECLARATION by APPLICANT: आलेक्स द्वारा कोवणा पत्र:

- 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.
- 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.
- I hereby confirm that I have not & with 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.
- में चोषणा करता है कि इस आरूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार तत्व एवं सही है। गाँद बांद्र कियरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की बा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा तो है, उसका अपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भूछ गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सगापता हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस शीर का साशिक या सकता किसा किसी अन्य स्रोत/नियोवक/बीचा कप्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लैंगा।

# A GREEMENT by APPLICANT (आनंदक 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 प्रपत्र पर अपने तस्ताकर या अंगर्ट की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदौरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनम् नगसी, दान, याधना/का दूसरे ठर्दरेश से जूबी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमार माध्यम से प्रमारित करने के लिए "कोशिका फाउनेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आलंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हजदार उसी बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदम के हस्ताधुर पा अंपुर्व का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (THORSE DID WITE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Flospital) 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, इस्ताक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय प्रहापता हेतु क्रिफारिश को जाती है, जिसे हम (इस्स्वाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय प्रहापता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से इवत ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिशाविनीत उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा महर होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहायता कितीत ऑशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाधन से सहायता लेंगे का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वाट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदद उच्च रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

्र सरकार सत्या था करता अन्य साधन से नह लगालगा।

2. "कॉशिका फाउल्डेंशन" में ली गई सहापता केवल विशिव प्रकृति को है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ग्रेमी प्रकृतियान के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउल्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ग्रेगी को प्रलाव सुरक्षा और आने क्या की कार्य प्रकार का होगी और "कॉशिका" के कोई प्रनिका या जिस्सेदारी इस सामले में नहीं ग्रीगी।

DR. PRAVEEN SEN SHAHI स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery | MBBS, DNB, OPHTHALMGLOGY

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख 25/03 / 25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर च रजि. न. Mame, Designation & Market Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्यताल अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तासर 2

Sofugal

lite