

VRN-C-23-01-0532

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)                                                                                                         |                                                                                              | Koshika<br>foundation<br>Building block of life.                                                                     |                                                         |                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No. : 12/01/23/1284<br>आवेदन संख्या :                                                                                                       |                                                                                              | APPLICATION DATE : 12/01/23<br>आवेदन तिथि                                                                            |                                                         |                                                                                            |  |
| NAME of APPLICANT : Sharda<br>आवेदक का नाम                                                                                                              |                                                                                              | AGE-YEARS आयु-वर्ष<br>53                                                                                             | SEX लिंग<br>F                                           |                                                                                            |  |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Narayan<br>पिता/हटुम्प का नाम                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता<br>Nagala Katha, Matrai, Matrai, Igla,<br>Distt Aligarh, U.P. 202124                                       |                                                                                              |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता<br>Same as above                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
| OCCUPATION :<br>व्यवसाय<br>Home Maker                                                                                                                   |                                                                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)                                                                             |                                                         |                                                                                            |  |
| TOTAL ANNUAL INCOME :<br>कुल वार्षिक आय<br>46022/- (Family)                                                                                             |                                                                                              | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न)<br>NA                                                             |                                                         |                                                                                            |  |
| PAN No. स्थाई खाता संख्या                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।) Yes / No<br>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                                          | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध                                            |  |
| 1                                                                                                                                                       | Hubhal Singh                                                                                 | 54                                                                                                                   | M                                                       | Husband                                                                                    |  |
| 2                                                                                                                                                       | Krishan                                                                                      | 37                                                                                                                   | M                                                       | Son                                                                                        |  |
| 3                                                                                                                                                       | Hemlata                                                                                      | 36                                                                                                                   | F                                                       | Daughter in Law                                                                            |  |
| 4                                                                                                                                                       | Urvashi                                                                                      | 13                                                                                                                   | F                                                       | Grand Daughter                                                                             |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनती आधार                                                             |                                                                                              |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा 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 विनती का उद्देश्य:                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                                  | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                         | AE- Senile Cataract                                                                          |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                         | LE- Senile Cataract                                                                          |                                                                                                                      |                                                         |                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                         | Surgery-(LE) SICS+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>लौ गई सहायता राशी |                                                                                            |  |
| 1                                                                                                                                                       | DBCS                                                                                         |                                                                                                                      | 2000/-                                                  |                                                                                            |  |



- 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 & 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 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 which for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु वह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, जिस सहायता का अधिकार या समस्त हितों किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में होगा।

#### AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासेयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, यात्रा/या दूररे इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस समझ में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यासेयों का निर्माण अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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 फाउंडेशन" 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 सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वतः से उक्त रोगी/मरीजों में से कोई या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह फैसला या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का विषय/करी इस मामले में नहीं होगा।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

13/01/23

Dr. SUFYAN DANISH  
M.B.B.S., D.O.M.S., DNB  
DMC 82893  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर और मुद्रा अधिकारी

#### FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

*Sufyan*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

*Sufyan*