APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 07 0 APPLICATION No. : V/0425/0041 आबेदन तिथी आबेदन संख्या : AGE-YEARS आय्-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : Prabhy आवेदक का नाम 60 FATHER'S SPOUSE'S NAME: Roop Singh पिसा/कटम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 0000 Bhuda Post of Poreob Bharathun Rajasthana 321203 9 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता above as same OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ab our व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) 60 0vo/-(आय का सास्य संलग्न) कुल वार्षिक आय 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 / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम Wife hri Mati 57 34 m ean AKash Domaster in Lau DUCIYAMKA 31 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) Any Other EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची खंलग्न क्रम संख्या Cataract Catanact SICS + PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या 2000). ABCS .

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्तय प्राया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्हेंशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य भी पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का लाशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य सोट/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अखेदक 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 हस्ताक्षर या अंगते को छाप लगाकर, मैं (कार्यदक) अपनी सक्षमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकन् न्यासी, रान, अचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकता है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कॉरिंग्जा फाउटेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आक्टेंक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और निवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोशिका" एक्प् उसके नासियों का निर्णय ऑसम् और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आसेरक के हस्ताधर या अंगुडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्याल क्रार 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

हमते अधिकृत, इस्ताक्षरी को और से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विकिय सडायता हेनु 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 वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से ठवत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" सं सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "फोशिका फाठन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सफल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सनसभन से प्रहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग्ड/लंगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" में तो गई महत्यता केवल चितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनान के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसस्यि इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की साम इस्पताल की होगी और "जोशिका" की कोई पूमिका या जिप्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/04/25 Dr. SUFYAN DANISH वीक्ती के लिए संस्तुति M.B.B(S., DOMS, DNB UBWO 69914

> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि, न.

an Dist (Name, Designation & Star thorised Signatory on behalf of Hospital)

Administrator

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्टाक्षर [

SIGNATURE of TRUSTEE 2