#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika (स्वास्थय देखधाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : Building block of life. 125 0074 आवंदन तिथी आवंदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX शिंग Van Veer NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 50 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ramchand पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Agma PoreOp Houthras 204101 PERMANENT RESIDENCE ÁDDRESS : स्थाई आवासीय पता cam € as above OCCUPATION: abour MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 49000 (आय का साध्य मंलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Name of Family Member Age (Years) Sr. No. उस (वर्ष) आयेदक के साथ सम्बध लिंग परिवार के सदस्यों का नाम कम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Any Other Basis/Proof EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card **BPL Card** (Attach Copy) (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड अरूप आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छागा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract Costana 1+ ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रांत 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 2000 -DBCS 1 .

### DECLARATION by APPLICANT: MINER BIT WHY THE

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise 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
- 3) I hereby confirm that I have not a 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) में घोषणा करता है कि इस प्रकार में दिसे गये सभी विवास मेरी जानकारों के अमुसार साम एवं नहीं है। बहि कोई विवास एवं कथन कराय बाला है जो मेरी सहायश निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इन्छ जो महायता धरित "कोशिका फाउन्येशन", से ली का रही है, वराजा उत्पाद उस उदस्य का पूर्वि क लिए 🖰 आरीहा, जो इस 'कार में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सक्षावता होते का प्रार्थना की गई है, इस योग का आशिक या सकत किस्सा किसी अन्य खोलांनियों कर के नाम है की एक मानवाद में स्ट्रेंगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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.
- इस प्रयत्र पर अपने हस्ताकर या अंगटे की छाप लगाकर, मैं (अवंदक) अपनी सन्नमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में मोमित है, उसे "फोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दुसरे उत्रेश्य में जुडी गतिविधियाँ ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमार साध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आर्थरफ) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवस्ण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वार 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 evall 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

हमारे अधिकृत, हरकाशरी को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से चितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो क्लेमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ते रहे हैं, तैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यद "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सक्षापता मिनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरीक्षण रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवस्थाल द्वितीय मदद उक्त रोपी/नामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कांशिका काट-इंशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर इस्पताल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपचार/प्राक्रिया का के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आ की होगी और "कोशिका" को कोई भूगिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/04/25 Dr. SUFYARECOMMENDED FOR ACCEPTENCE UPAC 69924

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

Qavan Dist (Name, Designation & Stainp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrato

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

m

न्यासी हस्ताक्षर 2