T-25-09-5894 (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life: APPLICATION DATE: APPLICATION No. : आयेदन तिथी आयेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX frin NAME of APPLICANT: उसवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/करम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान कावासीय पता PRE POST 2190924-0 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No ष्ठां / नहीं क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member Sr. No. उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्य BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card Any Other BPL Card **EWS Certificate** (Attach Copy) Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) उपभोक्ता कार्ड जल्ब आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संस्पन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र को कावा 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 संलग्न क्रम संख्या MHHG2-etonic (등 및 Missillo Squ') Strategy () 한 경기 교육 기계 기계 (PURPOSE" from OTHER SOURCES AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेरना द्वारा मोपणा 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 all table for rejection/cancellation.
- 2) I spiermity 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 8 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 फ्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी को अनुसार साम एवं सही है। यदि फोई विवास एवं कथन अस्स्य पाया जाता है तो मेरी सहायवा निसन की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सतायता राशि "नर्तेशिका फाउन्डेशन", में ली वा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के किये किया जागेगा, जो इस प्रक्रम में घरा गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस मतापत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस गाँश का कारिक या सकत किस्ता किसी अन्य खेळ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदम हात 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"
- 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 प्रया पर अपने ग्रास्ताकर या अंगर्ट भी छाप अराजकर, में (कार्यपक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउँडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और या विवरण इस प्रया में योक्ति है, उसे "कोशिका" एतम् न्यासी, यान, याचना/या दूसरे उर्देश्य से लुटी मतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑफकृत है। मेरे प्रया का विवरण मेरे इलाज के पताले का बार में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपनेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेश नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहापता के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतंच और बाजकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के बस्ताम् प्राक्ष्मगुठे का निधान

AGREEMENT by HOSPITAL (EXPIRE BR WITE)

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:

that we neither are presently nor will in future avail of financial essistance 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, हस्ताकृती की ओर से सामले रोगी को "कोशिका फाठन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य म स्थीकार करते है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मौकिय में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य कोत से तकत रोगी/बामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउनोरान" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउनोरान" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सफल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सरमाध्य से महापदा लेने का अधिकार सुरक्षित्र रखता है। इस पूर्णिट में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मानले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साध्य से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुन्नथ सेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका काटन्टेशन" द्वारा कियी क्रिया का वाई दवाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की झोगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नार्ति होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

23-9-25

h July

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) বানহা জা নাম ব চাকান্য যা টাই ব (Name, Designation & Starte of Authorised Signatory Of basis and publ SABHERWAL

नाम व MDF FINGS: MINGC विश्वामी Health for Eye C

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

ञान्तरिक उपयोग हेतू Director

Public Health & Projects-SCEH News SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्तासर 1

न्यासी हस्ताधर 2

lite