#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE oshika (Healthcare) (स्वास्थ्रय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 03/08/25 Building block of life APPLICATION No. : आवेरन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आप्-वर्ष SEX Prin NAME of APPLICANT : amesh आवेदक का नाम 62 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता -anh dust Alig Albumna U.P. २०२(प) PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same at above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Labour व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 44000/ कुल वार्षिक आग (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या 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. परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या & Merna Wife (7 m Part \$4 27 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की झावा प्रति संलग्त करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उर्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिघेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या 2000 ADRES

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 & engoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshike 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 & will not in future, avail of reimbursament, 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सभी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया नामेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस सांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य मोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मविष्य में लूँगा।

## 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.
- 1) इस प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सक्षमित की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका पाठंडेंगर और उसके न्यामीयों " को अधिकृष करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में बोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गाँतीविध्यों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि महायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सन्वंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

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

क्षिक्र के दिलास या अंगुरे का निशान

### AGREEMENT by HOSPITAL (क्यांसल द्वारा 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:

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.
 The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

2) The assistance from Roshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Pospital 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, हरतावारी की ओर से मानले/पोपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की नाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही परिषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" होते परि "कोशिका फाउन्डेशन" होते परि "कोशिका फाउन्डेशन" होते परि "कोशिका फाउन्डेशन" होते परि "कोशिका फाउन्डेशन" होते सहायता विनित्त ऑशिका फाउन्डेशन होते अस्पताल किसी अन्य संस्था या किसी अन्य सन्तासन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति को है। रोगी पर तस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का न्यूक्त है। प्रकृति को है। रोगी पर तस्पताल दें। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अपने के सामे जिल्हा होगी एवं तस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या जिल्हा होगी एवं तस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिल्हा होगी में नहीं होगी।

DR. PRAVEEN SEN SHAHIRECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Adr. indicator स्वीकती के लिए संस्तृति MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY Date of Surgery Rug. No. 97415 Time......Date WE BURNERS (Name, Design Authorised Signatory 04/08/ on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रहि. न. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2