VRN- C-25-09-0313 Koshika (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत आवेदन प्रारूप

| | 1101 1111 43 | K = 11 1 1 7 1 1 1 | X 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 | | | oundation | |
|--|-----------------------------|--|--|---|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: / आवेदन संख्या : | 2/0928 | 0396 | APPLICATION DATE : आवेदन तिथी | 04/09/ | 25 | Building block of life. | |
| NAME of APPLICANT : | (| | AGE-YEARS आ | यु-वर्ष SEX | लिंग 💮 | | |
| आवेदक का नाम | Omu | rati | 55 | F | | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्भ का नाम | IAME: GO | inga Rais | | | | | |
| | | PRESENT RESIDENCE ADDRES | S वर्तमान आवासीय पता | | 000 | Min. | |
| Byon | , All | -orha | - | | Page | ob Postab | |
| - 0 | AliA | H. Aligath | U.P. 202 | 124 | - Prec | of 100 lab | |
| | PE | RMANENT RESIDENCE ADDRES | | | | a li e | |
| | 24 | | | | | | |
| | 3 | arme as a | bove | | | | |
| OCCUPATION : व्यवसाय | HO | me make | 7 | | (विवाहित) / UNMARR | IED (अविवाहित) | |
| TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय | IE: | 470001- CF | NAME OF TAXABLE PARTY. | (Attach Pr (आय का | roof of Income) साक्ष्य संलग्न) | JA | |
| PAN No. स्थाई खाता संख | | The state of the | 0 | | | | |
| ARE YOU AN INCOME | TAX ASSESSEE (| Tick whichever is applicable): | Yes / No हां / न | | | | |
| क्या आप आय कर दाता ह | ह (जा मान्य हा उस | पर सही का निशान लगाये। | FAMILY DETAILS परिवार | | | | |
| Ca Na | T No. | ne of Family Member | Age (Years) | Gender | Rel | ation with Applicant | |
| Sr. No. क्रम संख्या | . परि | वार के सदस्यों का नाम | उम्र (वर्ष) | लिंग लिंग | | विदक के साथ सम्बध | |
| 1. | Uday | Neer Singh | 58 | m | H | usband | |
| | 0 | 7.0 | 20 | m | | 0 000 | |
| 3, | Balak das | | 34 | - // | | \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ | |
| 32 | Gydiya | | 30 | F | Day | ghterinian | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 27 L | | | | | | | |
| | | | + | | | | |
| | | BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन | SSISTANCE (Tick which | never is applica | able) | 3 | |
| | | | | | | 768 11 E1882 E1 | |
| BPL Card (Attach Card Copy) | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | | Ration Card (Attach Copy) | | Any Other Basis/Proof | |
| गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र | | अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र | उ | उपभोक्ता कार्ड | | अस्य स्टोर्ड साध्य | |
| (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। | | (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न | या प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे | | न करे। | VI 1 1/14 (114.1 | |
| (#41.11.11.11.11.11.11.11.11.11.11.11.11.1 | | | | TANOE: | | | |
| es v s | | "PURPOSE" f | or REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उद | TANCE: | | M a | |
| | 1.00 | सहायता ह | | | | | |
| Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | | | | |
| क्रम संख्या | | अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | | | |
| | RE- Cataract | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | LE- Cataract | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 1 | 100 | | | 1 | | | |
| | Swigery - (LE) -SICS + PMMH | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | 21 | | 410000000000000000000000000000000000000 | | | |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILE इस उददेश्य के हेतु कोई | D for SAME "PURPOSE अन्य सहायता किसी अन्य | " from OTHER स्त्रोत से लिया ग | SOURCES गया हो? | | |
| Sr. No. | NAME of OTHER SOL | | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | | | |
| क्रम संख्या | अन्य स्त्रोत का नाम | | | ली गई सह | यता राशी | | |
| 1 - | ABCS 20170/ | | | | | | |
| | | | | | | | |

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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य 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"
- 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 अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित 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 घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार मे करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" 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 प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

मास्रा अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय 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 वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुन्रा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE DR. PRAVEEN SEN SHAHealकृती लिए संस्तृति के MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY Wan Distt.-Matt **Date of Surgery** Reg. No. 97415 Time......Date.....

05/09/25

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

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2