MOM- C-25-09-2700

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) | | | | | | | Koshika | | |
|---|----------------|--|--------------------------|--|------------|--|-----------------------|--|--|
| APPLICATION No.: M/0925/0420 | | | | APPLICATION DATE 09 25 | | | Building | block of life. | |
| NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम Balak Ram | | | | GO T | -वर्ग ड | M. | | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S | NAME: KOI | | | | | 184 | | 2 | |
| Raja pu | Cro Col | PRESENT RESIDENCE ADI | beht | मन आवासीय पता Photo | 19 5 | 1125 | paper for | 4 | |
| | PE | Same as | ORESS: PA | | | | Be OP | Past op | |
| OCCUPATION : | amer | | | | MARR | IED (निवाहि | B) / UNMARRIED (G | विवाहित) | |
| OTAL ANNUAL INCO हुल वार्षिक आय 'AN No. स्थाई खाता स | ME: 34 | 0001- | | | (Attac | h Proof of का साक्ष्य | Income) संस्थान) | | |
| RE YOU AN INCOME | TAX ASSESSEE (| Tick whichever is applicable स पर सही का निशान लगाये। |)c | Yes / No हां / मही | e e | | | | |
| स् आप आप कर चुंग | | | | DETAILS परिवार | विवरण | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | | ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम | | Age (Years) Gend उम्र (वर्ष) हिंग | | | Relation v आयेरक प | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध | |
| | | | | | | | | | |
| | | | = | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | BASIS for REQUESTIN | NG ASSISTA विनिति आधा | NCE (Tick whiche | ver is app | olicable) | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को कवा प्रति संतन्त्र करे। | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संतग्न करे। | | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण यत्र को छाण प्रति संतान करे। | | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य | | | |
| | | | | JESTING ASSIST/ ये विनती का उर्दे | | | | | |
| Sr. No. कम संख्या | | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/टॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न | | | | | | | |
| | Dighes | Dignosis RIE serile Cataract | | | | | | | |
| | 7 | 216 Senile Catariacs | | | | | | | |
| Swig orly. | | | | | | | | | |
| | | V arm | 0 | . 0 | -, | | <i>N</i> - | | |
| | Total Control | RIF SICS | Pm | na J | 2 | | amf. | | |
| | | ASSISTANCE BEING AV | AILED for SA | ME "PURPOSE" त्यता किसी अन्य ह | from OTF | ER SOUR | CES | High | |
| Sr. No. | | इस डद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य NAME of OTHER SOURCE | | | | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता गरी | | | |
| क्रम संख्या | DOCS | अन्य रुखेत का नाम DAS | | | | ₹000 /- | | | |
| | | | | | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा फोक्स पड:

- 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 घोरणा करता हूँ कि इस प्रकृप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायता विरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे इस जो सहायत सहिर "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की चूर्ति के लिये किया व्ययेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बोना कम्मनी से न तो लिया है और न ही पशिष्य में स्पूँगः।

AGREEMENT by APPLICANT (आयेएक द्वार 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 प्रस्त पर अपने इस्ताबर या अंगठे को क्राय लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउँदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा जान, प्रतेश और वो विवरण इस प्रपत्त में मोदित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से अुदी गतिविधियों और तपत्तिक्यों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिए ऑफकृत हैं। मेरे प्रस्त का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए आँगिकृत हैं।
- 2) मै (आयेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिय और वाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थएक के हरकाधर का अंगूडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताश क्राय 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, its 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 assentially 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
- 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 आंधकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तातल) निम्न प्रकार से सन्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्टमान और न हो परिषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उसन रोगी/पायले में लेंगे वा ले रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका पाउन्डेशन" से सिकारिश/विनित उसन के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिकासकल हेतु मन्तुर वृद्धि किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उसत रोगी/पायले हेंतु किसी ग्रैर सरकारों संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका काउन्हेंशल" से ली गई सहायता क्षेत्रल वितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर ठरण्याल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का मुनाव ग्रेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इल्एक सुरक्षा और आने जाने की सारी किस्मेदारी ग्रेगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

| | स्टिट्टिक्स स्थाकृती के लिए | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Date of Surgery ऑफोरान को तारीख | Dr. Alesh Kumar M.B.B.S. M.S. (Name of bl. Prive Not With Stamp) डाक्टर का नाम व डालाइर व रॉब. न. | (Name) Designation & Stamp of Authorised Signatory | | | | | |
| | FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOL | UNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् | | | | | |
| SIGN | ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी डस्ताक्षर । | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 | | | | | |
| 8 | fungel | lite | | | | | |