## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभात) foundation APPLICATION DATE: 08-69+25 APPLICATION No. : Building block of life आवेष्ट्य संख्या : आवंदन तिथी 34B6 AGE-YEARS आव-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Bhawar Singl 64 FATHER'S/SPOUSE'S NAME Enopa1 पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान जावासीय पता Olst-Rhanatoux WIIDER-Thank Dur Smarte ek PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता DOUT As above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) च्यवसाय 92-mes TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (TICK WH Yes / NS हां/ नहीं whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) सिंग आवेरक के साथ सम्बध MI BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपयोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र को छादा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र को छापा प्रति मंतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उर्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न enle WILL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्कंत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सक्षायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्य NI

## DECLARATION by APPLICANT: आयेरक क्रूस चीवणा 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 & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 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.
- 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 है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाव पाया जाता है तो मेरी सहायक्ष निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सतामता राति "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रप में घर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अर्थितक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँग।

## 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 प्रयत पर अपने इस्ताबर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ विष "कांतिका फातंब्रेशन और उसके व्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेग्र नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यन, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिसी की प्रसार माध्यय से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउड़ेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आयेदफ) इस कठ से सहमठ हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेरों और विकरण जो कि सतायता के ठ९देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसके न्यासियों का निर्णय जीत्य और वाध्यकती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्थरफ के इस्तावर क अंगूर्व का विकास

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्लास कृत करा)

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हरताक्ष्मी की ओर से मामकेरोगी को "कोशिका कावन्देशन" से वितिष सहायता हेतू सिकारिश की वाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्म प्रकार से मान्य व अवीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिविष्य में वितिष सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी-मामले में लेंगे या हो रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका काउन्देशन" से सिकारिश/विचित उका के सम्बंध में "कोशिका काउन्देशन" हुए सहायता विचित्र आहिका-सक्तर हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्तर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी-मामले हेतू किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा-लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवास नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुल्ह्या और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्विका वा किम्मेदारी इस नामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery YOGESHYADAV Or, Mohd, Rameez Reza (Name Sisignation a Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroff's Care Goal arthospital) M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name of Dr. & Regn. No. WINDStarted) नाम् विजय हरम्बरक्षकारीयकृत अधिकारी 和中名 到 中央 京 新州大学 1979年2598 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक तपयोग हेतू SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी इस्ताक्षर । न्यासी इस्ताधर 2