#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE 11-03-2025 Building block of life. आगंदन संख्या : आबेर्न तिबी AGE-YEARS STIT-TT SEX Rein NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 58 FATHER'S SPOUSE'S NAME : PRESENT RESIDENCE ADDRESS ANTH SHARING WAI पिता कटुम्म का माम PASTE PHOTO HERE Mysaffarnagar, 174-19-1 Raku Pru op Post op Chandra Pal Singh PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई आवासीय पता 10947 abave ami ax OCCUPATION: WARRIED (Parist) / UNMARRIED (STATIST) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) MA कुल वार्षिक आग (आय का सक्य संलग्न) PAN NO. THIS THEIR THEFT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) हां / सहो FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member St. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध Son action some BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Busis/Proof गरोबी रखा के गाँच प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की सत्या प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की समया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र भी साथा प्रति मंतरन भरे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न agnosiz Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वारा गोनाना पत:

- 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.
- 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) में घोषण करता हूँ कि इस प्राप्त्य में दिये गये सभी विवरण मेरी आक्कारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका ठपयोग उसी डदेश्य की वृति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- में पुष्टि काला है कि जिस मतायता हेतु या प्रार्थना की गई है, इस शांत का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत: नियो कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविषय में लैंगा।

## 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 प्रपत्न पर अपने बन्ताहर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयांत की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, प्रायं, फोटा और जो जिवसम इस प्रपत्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" क न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदवा) इस बात से सहस्ता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और क्लिएण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सन्बंध में "कोतिका" एवम् उसके त्वासियों का निर्णय ऑतिम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के गरताचर या अंगुड़े का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL ( ##VIEW BTD 16-07)

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, प्रस्ताक्षते को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निभ्न प्रकार में मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो नर्तमान और न ही भीक्ष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोठ से उक्त रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्त्रूर नहीं किया जाता है तो अस्यवाल किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रखता है। इस पृष्टि में स्थल कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी तैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा।

2. "क्रीशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वाप दो गई सलाह या किसे गये तपन्यर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "क्रीशिका फाउन्टेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाब नही है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इल्हाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारो रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रीशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारो इस मामले में नहीं बोगी।

### ARNAB MODAK RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृतों के लिए संस्तृति ADMINISTRATOR Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 11-03-2025 on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2