APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 92 APPLICATION No. 1 Building block of life 07/10 K/0710/0008 अवोदन शंखपा : आवंदन तिथी AGE-YEARS सायु-मर्च HAME OF APPLICANT : PRATAP SA SEX THY 47 m FATHER'S SPOUSE'S NAME: MAD ATV SA पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHITE WHITE VERY SAVER BEYORK SOUT PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 1411 SHIRWIY 1911 AS ABOVE -LABOURER OCCUPATION: MARRIED (RIGHT) / UNMARRIED (ARTHRO) **उपवसाय** TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000x12= 24000/ (Attach Proof of Income) कृत वर्षिक आप (आय का साक्ष्य संसम्ब) PAN No. स्पर्ड खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्य आप आप कर राता है (भी मान्य हो उस पर सही का निशान सगाये) डां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Gender Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Sr. Na. परिवार के सदस्यों का नाम दम् (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध क्षम संख्य 摄 S BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य अस्य वर्ग प्रयाग पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रयान पत्र की छत्य प्रति संसर करे। (प्रनाग पत्र की काया प्रति संलग्न करे। (प्रचल पत्र की छाया प्रति संलन्न की। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुची संलान क्रम संक्रम CATARACT- RE DIAGROSIS -Q. SURGERY-RE ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य प्रशेत का गम ली गई सहायक यशी क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: SHREET DIE VINTE VE

- 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 & w.l. not in future, evail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं चोचना करता है कि इस प्रारूप ये दिये गये सभी विवादम येंग्री व्यावकारों के अनुसार सत्य एवं लां। है। यदि कोई विवादम एवं कथन असाव चाया है तो येंग्री सहायता निरात की का सकती है।
- 2) भी द्वार को सहाबक राति "कॉरिका कारुकेशन", में सी क रही है, उसका उपयोग उसी उर्दरप को पूर्वि के लिये किया जायेगा, को इस प्रकरप में यह एका
- मैं पुष्टि काल है कि किए सहारक हेतु यह प्रार्थण की गई है, उस शीत का असिक या सकत दिल्ला कियों अब प्रोतिनियंक्त कीम कम्पनी से व से लिया है और व ही पविष्य में मुँछ।

AGREEMENT by APPLICANT (STREET STO WOL)

- 1) By afforing 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 required dynamically 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.
- 3) इस प्रथम पर अपने इस्तरकार या अंगते की काम लगाकर, मैं (आनेएक) अपनी सहस्रति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि येश क्षम, फाउ, फोउं और वो विकास इस प्रथम में बोधिक है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, एन, मानवान्य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यो प्रसार मानवान्य से प्रश्नाति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विकास मेरे इलाज के पहले मा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस चत से स्वमत हैं कि गेर जम, पत, फोटो और निमाण जो कि सतामत के ट्र्रिंगों से प्रार्थत है मुझे स्वत: सतामत का हकरार नहीं बनाता इस सार्थंच में "कॉटिका" एक्स उसके न्यासियों का निर्मय अदिन और सम्मकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अक्टेंप्स के प्रशास स अंतुर्व का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (THER DE WEET)

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. इयरे अधिकृत, इस्तक्ष्ये की और से चानकेशी को "कॉलिका फाउन्डेसन" से विविध सहायता हेतु सिकारित की जाती है, विसे इस (इस्पक्षत) दिन्न प्रकार से काम व स्वीकार काते हैं। 1) यह कि न से मर्टक्षन और न ही पविष्य में विविध सहायता किसी थेर सरकार से किसी अन्य स्वीत से उक्त शेरीस्वापनों में तीने या ते रहे हैं, जैसे कि इसने "कॉलिका फाउन्डेसन" से सिकारिकरिवरित उक्त के सम्बद्ध में "कॉलिका फाउन्डेसन" हार पदर हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेसन" हार सहायता विवाद असिकारकाल हेतु सन्तुर नहीं किस जाता है तो अस्थात किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनायका से सहायता तेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्णिय में स्वयं कहा कहा कहा है कि अस्थातर हिलीम पदर उक्त रोगीस्वापने हेतु किसी
- गैर सरकारी संस्था का किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कॉशिका फानजेशन" से ली गई स्वाध्यक्ष केंग्रस निर्देश प्रकृति की है। ऐसी पर इस्तवाल द्वाय यो गई सलाह या किये नये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पादल के बीच का निष्या है और "कॉशिका फानजेशन" द्वाय किसी प्रकार का कोई एकाव नहीं है। इसलिये इस्पादल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मोदारी ऐसी एवं इस्पादल को होती और "कोशिका" की कोई चुमिका का जिम्मोदारी इस मामले में नहीं होती।

		NDED FOR ACCEPTENCE है के लिए संस्तुवि Shib Sankar Bagchi
Date of Surgery ऑस्ट्रेश की करेख 22/07/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Sta	Suarut Ex Wondshon & Research Contre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
	FOR INTERNAL USE of KO	SHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तापर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2
Ğ	Sofungel	lier E