019/07/0702

	11-1		-				
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthca सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देख						Koshika foundation	
APPLICATION No.: 🖟 /07/9/0384 आवेदन संख्या :					0/07/19		
NAME of APPLICANT : अवंदक का नाम May a Devi							
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME 1	i Nazayan					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता VIIIa28 - Molput, leh laxmangash						As a Data	
Dist	Alwa	r, Rasulthan	n			Beop Postop 0354 Maya Devi	
	Р	ERMANENT RESIDENCE ADDR	RESS: 78	गई आवासीय पता		10334 / laya Devi	
		as abov	P				
OCCUPATION : व्यवसाय FCYMer MARRIED (विवाहि						त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof o कुल वार्षिक आय 601000 (आय का साक्ष्य						Income) संलग्न) NA	
PAN No. स्थाई खाता सं	ख्या			Van I Na			
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।		Yes /- No हां / नह			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant							
क्रम संख्या	प्र	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
(I) GOV		ind shama.		40	M	507 - 60 mg	
			-				
				,			
	-		-				
			_				
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि			ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)			ation Card tach Copy)	Any Other	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न क		उपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
(प्रमाण पत्र की छाया प्र	ति सलग्न कर।					- 13 m	
				JESTING ASSIST ाये विनती का उद्दे			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
क्रम संख्या	20193	अस्पताल/डाक्टर सं जारा की गई प्रातवदन सूची सलग्न Diamosis					
	10		- PCIOI				
		,			r Carl		
0	@ Suregery - RE - STCS + TOI						
<u> </u>						1	
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू कोई				ES	
Sr. No. क्रम संख्या	Sr. No. NAME of OTHER S				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
- ED	SCEH						
	1						
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							

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 हैं कि जिस सहायता हेतू 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" 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति 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 गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (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 नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या 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 है।

- 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 मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि 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 चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- 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 जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Administrator **Date of Surgery** HARM SINGH Dr. Shroffs Eye Hor Authorised Signatory ऑपरेशन की तारीख SULTANT (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम च हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

न्यासी हस्ताक्षर 2