## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. 1 APPLICATION DATE: 10423 0003 Building block of life आवेदन संख्या : आवेदन तिथी 21/04/2023 NAME of APPLICANT: AGE-YEARS STIT-TT SEX frin satish chardaa singh आवंदक का नाम 68 M FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Swikes Singh पिता/कट्रम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता want No- 00 odno Schostitus wateraday Lagma, Ple PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता POST some as above OCCUPATION: Former MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आव 70000 NA (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाला संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। तां / [नती\_ FAMILY DETAILS gitait factor Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध Sunil 45 M COD 40 Son M BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनति आधार BPL Card EW5 Certificate Ration Card (Attach Copy) (Attach Card Copy) Any Other (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य जाय वर्ग प्रमाण यप्र उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाना प्रति संलान करे। अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न Stiamatism ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्थात का नाम ली गई सहायता राशी ALL

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा गोषणा 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.
- 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 में दिवें गयें अभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई क्वियरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउनोशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हैतु यह प्रार्थना की गई है, उस तांश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य बोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आगेएक 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 प्रथम पर अपने हस्ताकर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आनंदक) अपनी सहमाँत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिवरण इस प्रपम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नासी, रान, पाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गाँगियिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसानन करने के लिए अधिकृत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और कियरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMBLIMPRESSION:

आवंदक के इस्ताधर या अंगृते का निशान

17 21-103 13 7

## AGREEMENT by HOSPITAL (तस्पताल 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 in the matter.

हमारें अधिकृत, हस्ताक्षण की ओर से मामलें/रोगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से विविध सहस्थता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (इस्पक्तत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में विविध सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान यह किसी अन्य स्वोत से उपत रोगी/मामलें में लेंगे यह ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विनति उपत के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहस्थता विनति आशिक/सकल हेतु सन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेक्टलेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बोग का विषय है और "कोशिका पमउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलियं इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने बाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की सारीस

21/04/2023

(Name of Dr. 数 Reght. Ng. minnthalmologist (Name of Dr. 数 Reght. Ng. minnthalmologist 同时区 明 可见 如何相似的一部(用artity Eye Hospital FOR INTERNAL (SE) of KOOSHIKA 600 NDATION

Designation & Stamp of Anthorised Signatory on behalf of Hospital नाम व पद हस्पताल अधिकृत/आधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Daryagant.

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षर

Sufungel

lile