APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation Building block of life APPLICATION DATE: 05-04-202 APPLICATION No. : आवेदन तिथी 0000 आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Prog bhy ngya 54 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRESENT RESIDENCE ADDRESS STATES MINISTER VIII पिता/कटुम्भ का नाम Village-Babeli Phi Ralgarn nist -- Alwar PostoP preop Rajasthan-301409 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Prabhu 0006 above Daya/ OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय Farmer (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME : (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आय SACOOL PAN No. स्याई खाता संख्या PAN No. स्पाई खाता संख्या 📈 🛕 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / Mo शं/ (नशी क्या अरूप आग कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Relation with Applicant Gender Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध लिंग क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) 50 devi 25 Xam 3 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपधोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाग पत्र अन्य कोई साध्य (प्रनाण पत्र की छाया प्रति संतन्त्र करें। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या DIAMES ! - SENTLE MAIDRAC RE SICS WITH ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशो अन्य स्त्रीत का नाम क्रम संख्या NIL

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वार योकना 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 solernily 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 हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवस्ण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सकी है। यदि कोई विवसण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सवापता निस्ता की जा सकतो है।
- 2) मेरे इस जो सहायश गति "कोशिका फाउन्डेशन", से शी जा सी है, उसका उपयोग उसी डरेश्य की पूर्ति के शिये किया जायेगा, जो इस प्रकृप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि काता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की यह है, तस शक्ति का आशिक या सकता हिस्सा किसी अर्थ झोड़ नियोजक, बीमा कामनी से न तो लिया है और न ही घषिष्य में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (SHIPE BUT WILL)

- 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगर्त की काय लायकर, में (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्त, फोटो और वो विवरण इस प्रयत्न में चोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार मध्यप में प्रमाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इस्तान के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवस्पा जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (हमलास इस 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.

हन्तरे अधिकृत, हस्ताक्ष्मी की ओर से मामानेशीयों को "कॉशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्पात्ता) निम्न प्रकार से मान्य य स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्वोत से उक्त ग्रेगी/भामाने में लेंगे था ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन"

में सिफारिश/किनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किनति आशिक-सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था था किसी अन्य सन्साधन से स्वायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी ग्रैंग सरकारी संस्था था किसी अन्य साधन से पढ़ी लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक्षा केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल झत छै गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विचय है और "कोशिका फाउन्डेशन" झाए किसी प्रकार का कोई रचाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में छेगी के इलाज सुरक्षा और उठने जाने की सारी जिस्सेयारी छेगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिस्सेयारी इस मामले में नहीं होगी।

	ति । RECOMMENDE स्थीकृती थं	D FOR ACCEPTENCE
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/14/23	Dr. WAFI ANSARI MS (OPHTHAL) (Republic RMC(93/199(amp)) डाक्टर का सम व इस्ताक्त व र्राज. म	(Name, Designation of Authorised Signatory Administration of Notation Dr. Shilling W. Strain Alban silvanti
	FOR INTERNAL USE of KOSHI	Dr. Shirting प्रदेशकारी अधिकारी अधिका
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी ४स्ताधर 2
Safangal		lite_