#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 01 04 25 APPLICATION No.: Building block of life. आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आय-वर्ष SEX लिंग That mar ati NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 59 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bhaginath पिता/कट्टम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता madaura Madena. dust . Mathura. Restop Pereap 281301 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as above same OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (Family) 45 0001-कुल वार्षिक आय (आय का सास्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Name of Family Member Gender Relation with Applicant Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उस (वर्ष) लिंग 63 m Husband hhatlar singh 30 m son Pawan BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न 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 सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract Catanart ICS ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या ABCS 2000/-

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा योगणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise 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
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकाण एवं क्रथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सवायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कांशिका फाइल्डेगन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पृष्टि करता है कि निस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का शाशिक या सकता दिख्या किसी अन्य स्रोतानियोडक/बीमा कम्मनी से न ती तिया है और न ही भदिष्य में लैगा।

# 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 fulfillment 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 अंगर्ड को छाप लगावर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके "याशीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और को विकाण इस प्रमत्र में बोधित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, वाचना/वा दूसरे उददेश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रभारत करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रपत्त का विश्वरूप मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सतायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगूटे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (THINE DIG WATE)

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 अधिकत, हमाक्षरी की ओर से मापले होगी को "कोशिका फाटव्हेशन" में वितिय महायता हेतु विकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न शो वार्त्मान और न ही भविष्य में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उस्त ग्रेगी/मामले में लॅंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन"

में सिफारिश/विनीत उवन के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेन कि 🕏। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायता विनित्त ऑशिक/सकल हेत मन्त्रर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहरवता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्हेंबन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई देवाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने प्रकु की होगी और "कोशिका" को कोई पृषिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator Dr. SUFYAN DANIES M.B.B.S., DOMS, DNB **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख 4 APPINIC 69924 Commodstud (Name, Designation 02/04/25 Sed Signatory (Name of Dr. & Regr. No. with Stamp) on behalf of डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हरस्ताल अधिकत अधिकारी

ञानारिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर ! न्यासी हस्ताक्षर 2