APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभात)						Koshika
APPLICATION No.: A 0423 0017				CATION DATE : 08	-04-2023	Building block of file
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS आयु-व	f sex felt	
आवेरक का नाम Soham Devi				56	F	100
FATHER SISPOUSE'S NAME:						153 153
पिता/कटुम्म का नाम	K91	PRESENT RESIDENCE ADDRE	ss ad			- Car
MIGGE- 12/11	19 , Pr	Hap Bas, Teh	Flh	uar . Di	Sto- Alwa	
Rajasthan-	301001					presp Postop
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधासीय पता						col7 sohan
		115 HOUVE				Devi
OCCUPATION:	erresia Nomo	257/0			MADDIED (Bails	ল) / UNMARRIED (অবিবারিন)
TOTAL ANNUAL INCOME:					(Attach Proof of	
कुल वर्षिक आय	5000	+ CFamily)			(आय का साध्य	संतन) 🗚 🖯
PAN No. THE REEL H		Tick whichever is applicable):		Yes Mo		
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		हां (नहीं)		
Sr. No. Name of Family Member				FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender		Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम			उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध
		**	+	-	- 6	
	_	NIII	1			
	+		+	-		
2			1			
	1	BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTA ति आधा	NCE (Tick whichever	is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प जाय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संशन		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाम पत्र की क्रमा प्रीत संसम्ब करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
				JESTING ASSISTANC ।ये विनती का उद्देश्यः	E:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची स					
-	Digmo	cic DE - SEN				
	1	IF = SEA				
	IF - SENZIE CHIARIECI					0
VICTOR CONTRACTOR CONTRACTOR IN MASS IN THE INC.						
2 Surgery - Lt - SZCS with prima						
	0	(d) attorner sign		KG: LUX	CONTRACTOR STATE	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई उ	D for SA मन्य सहा	ME "PURPOSE" from यता किसी अन्य स्त्रोत	OTHER SOURCE	E5
Sr. No. ऋष संख्या				E AMOUNT		of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रासी
,	Nill					
	TVIII					

## DECLARATION by APPLICANT: आयेरक द्वारा क्षेत्रणा 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.
- मैं फोडणा करता है कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सस्य एवं सबी है। यदि कोई विवास एवं कथन असल्य प्रथा जाता है तो मेरी सहापता लिस्त की जा सकती है।
- मेरे हात जो महाया। गाँव "कांशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रक्रम में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि दिया सहायता तेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोद्धनियोगक/बीमा कस्पत्ती से न तो तिया है और न ही चांचन्न में लेंगा

## AGREEMENT by APPLICANT (SHREET DIT TOT)

- 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 इस्ताक्षर पा अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पंग्र नाम, पता, फोटो और जो विकाण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचन/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गीतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए आधिकृत है। मेरे प्रधन का विकरण मेरे इस्तान के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व ऱ्यासी आधिकृत है।
- 2) मैं (आर्थरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवस्थ को कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकं न्यांसयों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अववंदक के हस्ताक्षर या

## AGREEMENT by HOSPITAL (SHITTER BY WITH)

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 Foundatio. If "~ 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 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 5 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, इस्तावारी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फारन्देशन" से वितिय सहासता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायदा किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उन्नत रोगी/बायले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "ब्रोहीका पाउन्हेशन" में सिफारिश/विनति उक्त के सन्वप में "कोशिका फायन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। मदि "कोशिका फायन्देशन" द्वारा महायश विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अध्यताल द्वितीय पटर उकत रोगी/पामले हेंद्र किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉरिंग्फा फाउन्टेंसन" में ली गई सहामता क्रेबल कितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल झा छै गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षक नहीं है। इसलिये हम्मताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने करे की सारी किम्मेरारी रोगों उर्व हम्मताल को होगी और "कोहिका" को कोई धृषिका या विष्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीश

Dr. WAFLANSARI MS (OPHTHAL) Neg. No. -DMC/93499 tamp) डाक्टर का नाम व इस्ताधर व रवि, न

CHARAN MASSEY

(Name, DesAdminis Main of Authorised Signatory Dr. Shroffs @ye-HospitalpAlwar नाम य पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ञान्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हमराधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2