APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखघाल) oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 06/04/23 Building block of life. 0423/0029 आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आय-वर्ष SEX Rein NAME of APPLICANT : Hard evi आवेदक का नाम 59 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Narayan Singh पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Barrowari aust. Hathras Bandwary's Pereap U.P. 20 43 3 above Sagnie as OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ame TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) Family) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संशग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Age (Years) Sr. Na. Gender Relation with Applicant क्रम संख्या उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग Mohan La 61 u Hustam 32 annyay M Adenin Idill Anut 9 30 Dayla 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 गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन 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 atamaot Cataract Suna ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता ग्रशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या PBCS 0.00

DECLARATION by APPLICANT: आनेएक द्वारा पीपणा, पण:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & engoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purposa", 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 चोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवाण मेरी जानकारी के अनुसार साल एवं सही है। यदि कोई विवाण एवं कथन असम्य पान जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता तरित "क्षेत्रिया जाउन्तेतान", से तो जा त्यों है, उसका अपयोग तसी उर्दश्य की पूर्वि के लिये किया जादेगा, को इस प्रक्रम में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि बिस सतामता हेतु का प्रार्थन की गई है, उस राशि का आधिक या सकता विस्ता किसी अन्य खेळानियोगकाचीमा कम्पनी से न तो लिखा है और न ही पविष्य में लिखा

AGREEMENT by APPLICANT (आरोपक क्रम फाए)

- 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 entitie 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 प्रवत्न पर अपने इस्ताधार या अंगठे की छाप लगाकर, में (आयेएक) अपनी सहमति भी पुण्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासोयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा साम, पण, पांधे और जो विवश्य इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, पान, पाधकरण दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवश्य मेरे इलाज के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण वो कि सहायदा के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वदः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "स्वोतिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्मय और वास्प्यारी शोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेषक को इस्तावाद का क्षेत्रते कर विशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इसलात द्वार 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.

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षणे भी और से समानेत्योगों को "बॉलिका पाउन्योगन" से नितिय सहापता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न को वर्तमान और न ही अधिक्य में वितिय सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी आप स्वीत से उसते रेगी-मामले में लीवे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्येशन" से सिकारिकारिकावित करत के सम्बार में "कोशिका पाउन्येशन" द्वारा मदद हैतु कि है। कि है "कोशिका पाउन्येशन" द्वारा सहस्था का सिकारिका पाउन्येशन हैतु किसी किसी अन्य मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बार से सहस्था लोने का अधिकार सुर्धित रखता है। इस पूर्षिट में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद इका ग्रेगी-मामले हेतु किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगालोगी।

2. "कांशिका फाउन्तेशन" से ली गई महापण श्रेमल विशिव प्रकृति की है। येगी पर इस्पाल द्वार में गई सलाह मा किये गये अपवारप्रक्रिया का सुनाव येगी एक इस्पाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा किसी अकार का कोई दक्षाव नहीं है। इसितये सस्पाल में येगी के इसाव सुरक्षा और आने वाने की पाएँ किसी प्रकार की होगी और "कोशिका" की कोई श्वीमका के जिस्सेग्रार्थ इस सामले में पड़ी होगी।

की होगी और "कोशिका" की कोई शूमिका का जिम्मेयर्थ इस मानते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Administrator

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Dr. NSHAphthamology MBBS, Dr. 89373 Reg. No. 89373 Date अंदर का नम म हस्तक्षर व रहि. म.

(Name, Designation & States (Malinorised Signatory

नाग व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION STR

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2

lite