DEL-GI-23-06-0919-N

क्रम संख्या

MARC

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION No. APPLICATION DATE Building block of life. आवंदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX fein NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Bounder No han Grukk FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/करम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत PASTE PHOTO HERE POST st. Nouth EDST PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: Kenston MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय 30000 (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्वाइं खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Relation with Applicant Age (Years) Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध adank BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सची संलग्न 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

अन्य स्त्रीत का नाम

ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक द्वारा मांगणा 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 छोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवारण मेरी बानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवारण एवं कथन असत्य प्राया जाता है तो मेरी सहाबता निस्स्त की आ सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो महापता राशि "कोशिका फाटल्टेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की तर्ह है, उस छोश का आंत्रिक या सकत दिस्सा किसी अन्य खोत.नियोजक/बीमा कम्पनी से न दो लिया है और न दी मुविष्य में लेंगा।

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 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:
- इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आलेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कारिशका फाउंडेंशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत फरता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्म दूसरे ठट्टेश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यो प्रसार पाष्ट्राम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पहले या बार में बारने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी ऑफकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत है कि संग नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (इंस्प्लाल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्होंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की खती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से ठक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन" में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्हेंझन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्पाधन से सहायत लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले हेत किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षक नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकर्ती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

Dr. Julie Pegu Consultant Glaucom

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 50 डाक्टर का माम व हस्ताक्षर व ग्रंब. न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

गम व पद हस्यताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

आन्तरिक उपयोग हत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तःसर 1