(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 138-04-2023 Building block of life APPLICATION No. : आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Uma Devi 63 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Supendra nath PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता पिता/कटुम्म का नाम Teh --Flugy Alwar VILLA E-Budh Postop 195tham 30/00 Flwar PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याद आवासीय पता Umq 0039 As goove OCCUPATION: MARRIED (বিবাছিল) / UNMARRIED (অবিবাছিল) Home maker स्पवस्थय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) कुल चार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) NA 52000 F PAN No. स्थाई खाता संख्या NA Yes / No वां / नवी ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Age (Years) Name of Family Member Sr. No. Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम तम् (वर्ष) लिंग आवंदक के साथ सम्बध Huskand 65 Sarendra singh 35 71 50n Varram Ranika 30 Daumer mow 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 Basis/Proof (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र टपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति मंलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्य Diagnosis WITH RE- SICS SUT OTAL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य प्रयोग का गाम क्रम संख्य חלע

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वार कोवला पर:

- 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/cancellution.
- 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.
- 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) में घोषणा करत हूँ कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण यथं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी संवायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) में इस जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया अधेगा, जो इस प्रकृष में मर गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता तेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गति का अधिक का सकत किसत किसी अन्य ब्रोत/वियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिख है और न ही पविच्य में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (STREET BIT WITH

- 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 timited 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 प्रथम पर अपने इस्ताबर या अंगर्त की छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी स्वमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मंच नाम, च्या, फोटो और वो विवास इस प्रथम में चीवित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, चन, वाबना/या दूसरे उत्तरित से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवास मेरे इसान के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेश नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतन और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (\$74888 \$10 \$100)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

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.
 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.

हन्यों अभिकृत, हस्तावरी की ओर से मामछे ऐसी को "कोशिका करठन्द्रशन" से बितिय सहायता हेतु सिकारिश की आती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उसत रोगी-प्रामले में लेगे या शे रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिकारिश/दिनित उसत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हार महायत विनित्त आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिनीय मदद उकत रोगी-मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा। लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहाच्या केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का नुगव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काम-को सारी किस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की शोगी और "कोशिका" की कोई प्रिकार या जिस्मेदारी दोगी एवं इस्पताल की शोगी और "कोशिका" की कोई प्रिकार या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं झोगी।

(Del

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीक्ती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

13/04/23

Dr. WAFI ANSARI MS (OPHTHAL) (Rag Nos DMG(93199mp) डक्टर का जम व इस्ताहर व रवि. प.

CHARAN MASSEY

(Name, Designation Signature) of Authorised Signatory
Dr. Shroffs Eye Hospital Alwar
नाम व पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्सरिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी अस्वाक्षर 2

Safungel

lite