AWR- C-23-04-0621

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation **Building black of life** APPLICATION DATE 19-04-2021 APPLICATION No. : 110453 0056 आवेषन संख्या : AGE-YEARS अग्र-वर्ग SEX Ren NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 60 FATHER'S/SPOUSE'S NAME MOOL Chord PRESENT RESIDENCE ADDRESS HATHY SHRIFT VOI पिता/कट्म्प का नाग Division, Jeh - Alway, VIIIage-AShoka Da19Sthein-PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता 0056 above MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: Rickshaw व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME (आय का साध्य संलग्न) NA कुल वार्षिक आय 30000 PAN No. स्याई खाता संख्या NA Yes / No हां / सही 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 विवरण Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) सिंग परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या kamla 60 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार Ration Card (Attach Copy) BPL Card **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र जल्प आय वर्ग प्रमाण पत अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की क्षाचा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की क्राया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की करवा 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 प्रतियेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Magnette ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्वीत का नाम NIU

DECLARATION by APPLICANT: अपनेटक क्रांत कांगण 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,
- 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
- 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 विवरण मेरी वानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन उसस्य पाण जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एति "कोशियत फाउन्देशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी वरेडच की पूर्ति के लिये किया जामेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्ट करत हैं कि निस्त सहायत हेतु वह प्रार्थन की गई है, उस सीत का आतिक या सकत तिस्सा किसी अन्य सीत/वियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 उपत्र पर अपने तस्ताधर या अंगठे की धाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साम्मीत की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पक, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् म्बसी, दान, याचन/पा दूसरे उद्रोहय से जुडी गतिविधियाँ और उपलक्षियों के लिये किसी थी प्रस्तर साध्यन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विकास मेरे इलाव के पहले वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडोंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकास जो कि सहायता के उद्देशमाँ से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में ALL RESTRICT "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औरमा और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्ताल द्वार करा)

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 अधिकृत, हस्ताहारी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशिष सहस्तात हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार काते हैं। 1) यह कि न तो वर्तनान और न ही भविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/भामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि उसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिटा/विनीत तका को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। वॉर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत काशिक∕सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय् कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गरर उस्त रोगी/मामले हेंतु किसी गैर सरकारो संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाइन्डेशन" से ली गई सहायता केवल बिठिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा ची गई सलाह या किये गर्च उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगों एवं इस्पताल

को बीच का विश्वन है और "कोशिका फाउन्बेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाथ नहीं है। इसलिये हस्थाल में रोगी को इत्याव सुरक्षा और आने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पातल की होंगी और "कोरिशका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में बड़ी डोगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery ऑपरेशन की खरीख

19/4/23

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Dr. WAFI ANSARI (Name of MSE(QPHTCHAL Stamp) Regalio - DMC/93439

CHARAN MASSEY thorised Signatory Dr. Shroffe Eye HospitaluAlwar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पसी हस्ताक्षर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2