APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : 22-04-2023 Building block of life आवेदन संख्या : 006 आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष NAME of APPLICANT : SEX Rin अववेदक का नाम Satvaveer FATHER'S/SPOUSE'S NAME : hutc (व) PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता पिता/कटम्य का नाम MIGGE Maharal Pura Shahbad . Teh -12979 L Ralasthan- Bolyll Preop Hungar PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई आवासीय पता Satyliveer 0067 9 bove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय Farmer TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय 52000t (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / Mo-हां / (नहो क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निहान लगाये) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपधोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये बिनती का उददेश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्य अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Diggnosis RF - PCLO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोणणा 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.
- 1) मैं घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहरवता निरस्त की जा सकती है।
- भेरे इस जो स्वापन गांश "कोतिका फाउन्टेशन", से ली जा छो है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया नामेगा, जो इस प्रकल में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस ग्रीश का आँशक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रीक्षियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिखा है और न ही पविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक 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.
- (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 हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लग्फकर, मैं (आवेरक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिवृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एतम् न्यामी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथप्र का किवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतावता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहावता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्टेशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनेदक के प्रस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (**** pri ***** tri)

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फउउन्देशन" से वितिष सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पतात) निम्न प्रकार से यान्य व स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमाम और न ही भविष्य में विविध सहावता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले खे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेसन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका पराउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पातल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था च किसी अन्य सन्साधन से सळापळ लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिवीन मार उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इत्पताल

कं बांध का विषय है और "कोशिका फाउ-देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा श्लीर आने जाने की सारी विश्मीशारी रोगी एवं हस्पताल की डोपी और "कोशिका" की कोई पूरिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. WAFI ANSARI

MS (OPHTHAL) Reg. No.-DMC/93199

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रहि. न.

CHARAN MASSEY

Administrator
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
Dr. Shrolls and driver and Signatory

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक ठपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

Date of Surgery

22/04/23