## Koshika (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life APPLICATION DATE: \$6-04-2023 APPLICATION No. : आवंदन विधी आवेषन संख्या : AGE-YEARS अपू-वर्ष SEX Rein NAME of APPLICANT : Namocha आवेदक का नाम .67 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता पिता/कटुम्म का नाम huva Milage Che Kansur M4991047 Preop PostoP Regasthan 301412 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पार्ट आवासीय पता NannChg 0800 AS apove Nett MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: Farmer व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME : (आय का साध्य संलान) कुल वार्षिक आय 500001 PAN No. स्थाई खाता संख्या NA Yes / 46 हां / नही 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) लिंग परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या 69 LITTE 11) Ramkali BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोषता कार्ड अरुप आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या 21200 Pplas RF-S WHA PMMA -16-3 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्य dilla

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चीपणा 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.
- 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.
- मैं धोषणा करता हूँ कि इस प्रारुप में रिये गये सभी विवरण मेरी वानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य प्रथा कात है को मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता ग्रांत "कोशिका फाउन्देशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी क्रेश्य की पूर्ति के लिये किया अमेगा, जो इस प्रकृष में घर गया है।
- मैं पुष्टि करण हैं कि जिस सहायत होतू यह प्रार्थन की गई है, उस गशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न शं लिया है और न हो पविष्य में लेगा।

## 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"
- 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 add/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 प्रभन पर अपने हस्ताका या अंगते की काप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सडमति की पुष्टि फरात हैं एवं "कोशिका काउंडेतन और उसके न्यासीमाँ " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, फांटो और जो निकरण इस प्रपत्न में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यायनप्रया इसरे उन्तेत्रय से जुडी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रभन का विवास मेरे इलाव के पहले या बार में करने के लिय "कोशिका फाउडेंसन" म न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का डक्सदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यारियों का निर्मय ऑस्म और काष्मकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 assentially 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 to return 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/एँमी को "कोशिका फाउन्हेसन" से विशिष सहायता हेतू सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्तात्त) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तपान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी मैंद सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीठ से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/विगति उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्हेशन" हात मदद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हात सहायता विनित्त ऑसिक/सकत हेतू मन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्थताल किसी अन्य मैंद या किसी अन्य सम्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्थताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से शी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल झार थी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का धुनाव रोगी एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" झार किसी प्रकार का कोई एकाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और आने जाने की साएँ जिस्सेयारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धुनिका या जिस्मेयारी क्या मामले. में नहीं होगी।

Dr. WAFIANSARI के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की सारिक

26/4/23

754

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

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) बास्टर का नाम व हस्तावार व रवि. न. CHARAN MASSEY

(Name, Design करिक करिक कि Authorised Signatory Dr. Shroffsr Byealf aspisata Alwar नाम व पर हस्पताल अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसी हस्ताक्षर (

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हमताक्षर 2

lit E