APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखमाल)							Koshika	
APPLICATION No.: A 0423 0084				APPLICATION DATE: 26-04-2023			Building	block of life.
NAME of APPLICANT :				CALCAR DATE		SEX लिंग	160	
आवेदक का नाम Ramswarpop				71		M	Sec.	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	MAME -						4	Way.
village-	MU JEITPU	PRESENT RESIDENCE ADDRES	u Y	मान आबासाव पता	-F	lway		
Rajasthan-	301415	ERMANENT RESIDENCE ADDRES		of sounds our	_		preop	PostoP
		AS 960VC	10 ; 40	सङ्जायासाय पता			0084	Ramswayo
OCCUPATION :					Τ	1		-Gardeni
addition for the state of the s						1.00	हेत) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	50000	+			(A	ttach Proof of I आय का साध्य	ncome) प्रसम्भ NA	
PAN No. THE THE T	CALV LEEL			Yes / No			_	
क्या आग आग कर दाता	है (जो मान्य हो व	(Tick whichever is applicable): स्म पर सही का निशान लगाये।		Yes / No. हां / (नही				
	1 4		-	DETAILS परिवार र		the section of the se	Potetien	with Amelianai
Sr. No. कम संख्या	Na	ime of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	1 '	Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender सिंग	Relation । आवेदक	with Applicant के साथ सम्बंध
10	Kam	10		40		24	आवेरक के साथ सम्बद्ध 40140	
(2)	Mahe	MaheSh		US		1	Son	
(3)	Reem			46			payghter in 191	
(4)	HimanShu		21		N	1	Graand Son	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विन्री			ver is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की डाया प्रति संतन्त्र करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न व		Ratio (Attact उपभोक		py) तर्ह	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				JESTING ASSISTA ार्थे विनती का उट्देर				
Sr. No. कप संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग							
क्रम सख्य	-							
1 Diagnosis RE - SENTLE (A)							CALARACI	
	LE - PCJOL							
				I I I I	LEU	11211		
2	Syr	ery - RE- SI	CS	WITH	p	MMA		
			2					
	- 5	ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई अ					ES	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURC			and the state of t			of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशी	
	MITT	- Commission - Com		-				
	1 1							

## DECLARATION by APPLICANT: आवंदक हारा घोषणा पत-

- 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 घोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई किवरण एवं कथन असल्य प्राथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की चूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में भग गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस सीश का ऑशिक या सकता विस्सा किसी अन्य फ्रोड/नियोजकाबीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही पविष्य में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (ADROW DR WAR)

- 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 प्रथत पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की क्षाथ लगाकर, मैं (आबेरक) अपनी कडमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यालीयों " को ऑफकृत करता हूँ कि मेरा नाय, पक्ष, फोटो और जो विकरण इस प्रपत्र में घोषिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गविविधियों और उपलक्षियों से लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विधारण मेरे इलाज को पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमद हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जानेरक के इस्ताचर या अंपूठे का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (EPRINT BIG WOLL)

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, हस्तावर्त को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हरवताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। मह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में विविध सहस्वता विश्वी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्त्रीत से उन्ना ग्रेगी-पासले में लेपे था ले रहे हैं, जैसे कि इसने "क्रोमिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेरन" द्वारा मस्र हेतु कि है। परि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायक विनित्त आरिशक/सकल हेतु सम्बंध नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त रोगी-मामले हेत किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेरल" से ली गई सहायता केवल बितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोरिएका फाउन्डेरान" इस किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्साल में शेंगी के इलाव सुरक्षा और आने कमें को सारी जिस्सेदारी रोगों एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई चुमिका या जिम्मेदारी इस मामूले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

26 4/23

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 रवि. न.

CHARAN MASSEY

Designation State of Authorised Signatory Shroffs EyachiosphalpiAlwar नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग होत FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसी हस्ताक्षर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2