### (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : 30-04-24 fluiding block of life. 2010 आवेदन तिथी आवंदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : huntha पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता hamaga F (narh) Ph 7-11430 Y POSTOP Ra Jasthan-3010274 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधासीय पता Clhove MARRIED (Statisti) / UNMARRIED (अधिकारित) OCCUPATION : Farmer रवसमाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) NA कुल वार्षिक आय 4000 1-(आय का साह्य संलग्न) PAN No. स्वाइं खाता संख्या Yes / (२०) हां / नही ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवारण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या 5 deni 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 उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसन्त करे) (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसान 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 सुधी संलग्न कम संख्या 219 mos15 3 uner ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उट्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या

#### DECLARATION by APPLICANT: आवेश्वर द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 δ 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 योषण करता है कि इस प्ररूप में दिवं गये सभी किवरण मेरी जानकारों के लनुसार साथ एवं सड़ी है। यरि कोई विवरण एवं कथन असरथ पाया जाता है तो मेरी सहायात निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि निम सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोद/नियोशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चित्रय में लिया।

# 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" 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 प्रच्य पर अपने इस्ताक्ष्य या अंगते की छप्प लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यसीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवारण इस प्रपत्र में मोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के शिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवारण मेरे इलाज के पक्षणे या बार मे करने के लिए "कोशिका आउडोंसव" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहस्ता हूँ कि मेरा नाम, फा, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहस्ता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और बारयकारो होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जावेरक के इस्ताधर या अंगूठे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (हमपाल इस 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 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, इस्ताइएर की ओर से मामलेपोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उनत रोगी/धामले में लेंगे वा ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनति उन्नत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिनति ऑशिकासकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तामन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रोधत रखता है। इस पृष्टि में स्थल कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उन्तत रोगी/धामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल बितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्थतल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्लेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूगिका या जिल्लेदारी इक्क मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की वरीख	Dr. Mohd Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name of Dr. & Rigon, Manualth Stamp) Reg अवस की नामि भी नीतिस व रहे न	YOGESH YADAV Assistant Administrator Dr. Shroff's Crishiyi eva Florapital uthorised Signatory on behalf of Hospital) ALWAR (स्थानिकाल अधिकार)
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	DUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताधर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
Sofungel		ect.