VAN-C-23-01-0593

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) | | | | | | | Koshika | |
|---|---|--|----------------------|--|---|---------------|--|--|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : | | | | APPLICATION DATE: 17-04123 | | | Building block of life | |
| NAME OF APPLICANT: Lachho | | | | AGE-YEARS SE | -यर्ग | SEX PHT | () () () () () () | |
| FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम | NAME: Ba | by Lal | | | | | A A A | |
| | h-bur. B | PRESENT RESIDENCE ADDRES | SS T | मान आवासीय पता | | | MISTE PHOTO HERE | |
| | | anafour, has | 10.) | र्मात्राम् उ | 317 | 203 | Pereop Postop | |
| | | Some as | - | | | | | |
| OCCUPATION: HOME MOKET MARRIED TO | | | | | | ARRIED (Paris | র) / UNMARRIED (সলিবাচিত্র) | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: बुल वार्षिक अप (Attach Proof of (आप का साध्य | | | | | | | | |
| PAN No. THE WITH T | E TAX ASSESSEE | Tick whichever is applicable): | | Yes / No | | | | |
| क्या आप आय कर दात | । है (भो मान्य हो उ | स पर सड़ी का निशान लगाये। | EARIN W | श्राँ / नर्श DETAILS परिवार | t | | | |
| Sr. No. | Na | me of Family Member | - | Age (Years) | Iddia | Gender | Relation with Applicant | |
| क्रम संख्या | , vf | बार के सदस्यों का नाम | _ | उम्र (वर्ष) | | लिंग | आवेदक के माथ सम्बंध | |
| | Gapa | | + | 56 | _ | M | Husband | |
| 7. | 6140 | ndeep | 33 | | | 14 | Son | |
| 3. | RUO | Ruadi | | 31 | | F | Daughter in Law | |
| 9. | reh | | - | 07 F | | F | brighed Daughten | |
| | 1 | 7. | F | - | | | 0 | |
| | | BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विश | SSIST/ वि आध | NCE (Tick whiche | iver is | applicable) | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काचा प्रति संतरण करे। | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संतरन | Copy) (A ग पत्र | | ation Card ttach Copy) श्मेक्ता कार्ड ते क्रया प्रति संतप्त करे। | | Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्य | |
| | | | | UESTING ASSISTA गर्य विनती का उद्दे | | | | |
| Sr. No. | | | | | | | | |
| ऋम संख्या | अस्पताल/डॉफ्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग् RE- Cotavact | | | | | | | |
| | | LE- cataract | | | | | | |
| | + | | | | | | | |
| | | Swigery- (LE) SACS + PMMA | | | | | | |
| | | | | V | | | | |
| | | | | | | | or o | |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य को हेतू कोई व | D for S प्रन्य सा | AME "PURPOSE" एयता किसी अन्य स | irom प्र बोत से | लिया गया हो? | | |
| Sr. No. | | NAME of OTHER SOUR अन्य स्त्रोत का नाम | | | | AMOUNT | of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी | |
| क्रम संख्या | 7 400 | | | 2000/ | | | THE STATE OF THE S | |
| | - | | | | | - // | | |
| | | | | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: MINTER BIT WITH THE

- 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 योगमा करता हूँ कि इस प्रारूप में ऐर्थ गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार साथ पूर्व सड़ी है। यदि कोई विवास एवं कथन असाय प्राया जाता है तो मेरी सहायता विराल की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्यता राति "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया खायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य फ्रांत/नियोक्क/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही ध्रांथय में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (असंदर्भ 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 प्रपत्र घर अपने इस्ताकर या अंगर्त की खाप लगकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्र, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में मोधित है, उसे "कोशिका" एथम् न्यासी, दान, माचनात्रण दूसरे उद्देश्य से बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने को तिथ् अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायश के टर्पेश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार वही बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यांमयों का निर्णय ऑतम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताधर या अंगूरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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, इस्तावरी की ओर से मामले/गेगों को "कोशिका फाउन्देशन" से चितिय सहायता हेतु सिफारिश की साती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तपान और न हो भीक्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे था ले रहे है, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्देशन" में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" इस मान्य सं "कोशिका पाउन्देशन" इस मान्य सं मान्य से मान्य सं मान्य से मान्य से मान्य से सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन में मान्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंदू किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कॉर्टरका काउन्डेशन" ये ली गई अहायता कंवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनान ग्रेम्स एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका पराउन्देशन" द्वारा किया पर का बोई प्रकृत है। इसलिये इस्पताल में ग्रेमी के इलाज सुरक्ष और आने प्रकृति विस्मिति क्षेत्र को होगी और "कोशिका पराउन्देशन" द्वारा किया में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE inistrator स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery **DR. SIMRAT CHANDI** MBBS, MS (Name, Designation & Stamp of sised Signatory (Name of Dr. & Regn, No. with Stamp) on behalf of Hospital) िशिवदेर का नाम क इसीडिटिय राजि न नाम व पद हमप्रकृत अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 ऱ्यासी इस्ताधर १ न्यासी हस्ताक्षर 2