APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)							Koshika	
APPLICATION No.: V/0423/0173			AP! आवे	APPLICATION DATE : 25/04/23			Building block of life	
NAME OF APPLICANT: Bhagwan Das				AGE-YEARS SIT		SEX feir		
FATHER'S/SPOUSE'S फिर/कट्रम्भ का नाम	NAME: Ja	gdeesh		70	3	/-1		
Bhooda		PRESENT RESIDENCE ADD	DRESS T	र्तमान आवासीय पता			MOVETTION PIEME	
	Dist-	MOUTHWALL.	P. 2	81301			Pureop Postop	
		same as						
OCCUPATION : अथवसाय	ひ	remploye	7		MA	RRIED (PHIN	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक अस्प	ME:	320001-1		Cflin	(A	ttach Proof of I आय का साध्य	Income) प्रसम्भ NA	
PAN No. रमाई खाता सं ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable) इस पर सही का निशान लगाये।	ir.	Yes / No ਗੰ/ ਸਫ਼ੰ				
		75 75 SQUEEN STATE OF STREET	FAMIL	Y DETAILS परिवार				
Sr. No.	N	ame of Family Member		Age (Years)	the second second	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या		विवार के सदस्यों का नाम	+	उम्र (वर्ष)		सिंग <i>म</i>	आवेदक के साथ सम्बध रिकार है ल	
	0			0.1			V411 E.	
2.	Mukesh		_	38 M		M	Son	
3- Per		ya		30		F	Daughter inlau	
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये	g Assist/ विनति आध	ANCE (Tick whiche	ver is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्टन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Co अल्प आव वर्ग प्रमाण प (प्रमाण पत्र की सम्बा प्रति संत	99y) (At 44 34		ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । साम्य प्रति संसरन करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साद्य	
				UESTING ASSISTA गर्गे विनती का उद्देश				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	अस्पताला/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RE — Cataviacet							
	LE- Cataract							
	Surgery-(LE) SICS + PMMA							
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू को	अन्य सह	ME "PURPOSE" ( विसा किसी अन्य स्त्रो	rom O1 Iत में f	लंबा गया हो?	2	
Sr. No. क्रम संख्या							AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
- 1						00/		

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदश क्या 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) में पोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। पदि बोई विकाण एवं कथन असाय प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इस्त जो सहायत राति "कॉशिका फडन्टेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पृथ्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस शशि का आँशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँगा।

# AGREEMENT by APPLICANT ( SURVEY DO WOR)

- 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 प्रश्न पर अपने इस्तावर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि फरता हूँ एवं "कोशिका फरडंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पताने और जो निम्नात इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नामी, यात, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलिखयों के लिये किसी भी प्रश्न माध्यम में प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत का विधरण मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडोमन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अवेदक) इस बात में महमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेरों और विवास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बास्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रस्तावर या अंगूड़े का निरशन

### AGREEMENT by HOSPITAL ( ENTER 201 WELL)

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, इस्तकारी की और से मामलेरोंगी को "कॉरिशका फाउन्डेशन" से खिटिय स्हायता हेतु सिकारेश की कती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पाँचमा में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिमगारिम/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहाया। विनति अस्थितका केतु मन्तुम नहीं किया जाता है तो अस्थातल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरवित स्थात है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थाताल द्वितीय स्पर उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेक्प/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायश क्षेत्रल विकिप प्रकृति की है। रोगी पर इस्पासल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी प्रज हिस्सूण है के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाये को सक्ति प्रकार के की होगी और "कॉशिका" को कोई मूर्मिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की अरीख

DR. SACHIN SHARMA
(Name of DE BROWN FIGHT STATES)

(Name, Designation & Stamp of Admostsed Signatory on behalf of Hospital)

Administrator

नाम व पर हस्पतिल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसी इस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताधर 2

Sil