Mom- C-24-06-0200 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE APPLICATION No. : Building block of life 062410206 आवंदन संख्या : AGE-YEARS SITE-IN SEX ferr NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम PATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान जावासीय पता Shanava chegu 10009 STO A PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आवासीय पता apple OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का सास्य संसम्ब) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर राजा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Gender Name of Family का नाम परिवार के सदस्यों का नाम Name of Family Member Age (Years) 34 (a4) लिंग आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्य Soh m BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये बिनति आधार Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other **BPL Card** Basis/Proof (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र जल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसंग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की साथा 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 conile lag holl cotana C om mino wyogu ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत कर नाम क्रम संख्या 20001-

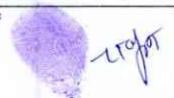
DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोपण पत्र:

- 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 & 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 चोचना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकाल एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सतायता गांश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति में लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में भर गया है।
- मैं पृष्टि करता है कि जिस सहापता हेतू यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पृथिष्य में तुँगा।

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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की क्षाप लखकर, मैं (आवेदक) अपनी कडमति की पुष्टि फरता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नान, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में चोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, धावना/का दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इत्ताज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी ऑधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "काशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आचेदक के इस्तावर या अंगूर्त का निरातन



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पत्तल इार 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.

हम्परे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेखेंगी को "कोशिका काउन्देशन" से वितिय सताप्तता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सतापता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

रीर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल नितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गवें उपचार/प्रक्रिया का युनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इल्लाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की बोई युनिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Deepak avipatiii Adin nietrator Dr. Shroff's-Charity Eye (Name, Despita Figure Midward Signatory Date of Surgery Dr MAZHAR N. ऑपरेशन की तारीख M.B.B.SMAR HEO 09/06/29 (Name of Dec Rigo Mile. With Stamp) डॉक्टर का नाम व इंग्लाकर व रहि. न Mohamminisdediteri नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञानारिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2