APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभात) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION DATE: 17/06/25 APPLICATION No. : Building block of life V10625/0216 आवेदन संख्या : आवेदन विधी AGE-YEARS अस्य-मण SEX शिंग NAME of APPLICANT : Digambar Singh 66 आवेदक का नाम Buddha Ram FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Pant Khara pent Kheraz PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as ab ove same OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ab our व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 600001 (आय का सास्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या 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। Yes / No हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member Sr. No. आवंदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्या Will'e 62 aesnam m χ + nandesh BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विमति आधार Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof BPL Card (Attach Card Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catamet Catariact LE-ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. श्री गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या 20001 ABCS 1-

DECLARATION by APPLICANT: आनेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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.

- 1) में बोधणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाश मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मदि कोई विवारण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्थता सांश "कोशिका फाठ-देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की मूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आंशिक या सकल तिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घोषण्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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) (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 प्रपन्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेगन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम. पता, फोटो और जो विसरण इस प्रथव में घोषित है, उसे "कोशिका" एयम् न्यासी, दान, बाजना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "फोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकत है।

2) मैं (अवदेश्क) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उट्टेश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेदक को सरताक्षर या अंगुडे 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

हमारे अधिकुठ, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेरन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हरमताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होधन" में सिफारिश/विनति उका के सन्वध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता बिनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसाधन से सहरवता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्थष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परंद उका रोगी।पापले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता कंवल विविध प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाब रोगी के बीच का विषय है और "कोशिका फावन्देशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सरक्षा और आने जाने

को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

nameter. Administrator

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

18/06/25

DR. PRAVEEN SEN SHAPECOMMENDED FOR ACCEPTENCE MBBS, DNB, OPHTHALMOLOGY

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Reg. No. 97415 Time.....Date

> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न.

(Name, Designation & State Distantion and Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्यताल अधिकत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2