APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपात)						Koshika foundation
APPLICATION No.: A OS24 0235				JICATION DATE : 🛭 - न तिथी	05-24	Building block of life.
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS अप-	sex शिव	
आवेदम का नाम (१९८ में १ वर्ष)				64	F	
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्प का नाम	AME:	Jan Chan d				Sa F Fall
village - 13	emd .	PRESENT RESIDENCE ADDI	garh	9184+ A	Alwar .	So on O Pacific
Rajas	Han- 3	30/405				preop postop
2 111 1	PI	RMANENT RESIDENCE ADDI	O VE	पाई आक्रमीय पता		-
		75 40	0 02			
occupation: Home maker Married (विश						ল) / UNMARRIED (পৰিবাছিল)
TOTAL ANNUAL INCOME	Z -	ot Camil	y )	(Attach Proof of Income) (প্ৰায় কা মাহ্য মলৈন) ান		
PAN No. स्थाई खाता संख	qi (V	A	6.4	100		
ARE YOU AN INCOME To क्या आप आप कर दाता है	AX ASSESSEE ( (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes (No हाँ (नहीं		
Sr. No.		me of Camilla Manifest		DETAILS परिवार विश Age (Years)	((ण) Gender	Relation with Applicant
इस संख्य	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			उप्र (वर्ष)	सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
<del></del>	chayan Chand		-	80		Hus bernd
0	Baker Singh			40		Son
3	Anita			35		Daughter in low
9	AarnVI		-	10		Fremy Son
			_			
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये !	G ASSISTA	ANCE (Tick whichever	r is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाजा प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण		Ratior (Attach उपधोक (प्रमाण पत्र भी छा	(Copy) श कार्ड	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
				UESTING ASSISTANO गर्ग विनती का उर्देश्यः		
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached						
ऋम संख्या	अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिके				तिवेदन सूची संलग	7
1 DIAMOSIS RE - PCIAL						
	17 - Senile Cateract					
				1.1100	W	- To-
2	Surgery - LE- SICS LOTER POMOR					
	0				9	7 1 1
		ASSISTANCE BEING AVAI				
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE				। सहापता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? E AMOUNT		of ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम					ली गई सहायता राशी
	Nill					
	-					

## DECLARATION by APPLICANT: आगेशम द्वारा परेपणा 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 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.
- मैं धोषणा करता है कि इस जरूप में रिये गये सभी विकरण मेरी आपकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असल्य पाणा जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता शांश "कांशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि निम नवायता हेतु का प्रार्थना की गई है, दस दांश का आंशक का सकत विस्सा किसी अन्य खेतानियोजका/बीमा कम्मणी से न तो लिया है और न ही सर्विष्य में ग्रेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SURVE IN THUIL)

- 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 fulfillment 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.
- 🛘 इस प्रयत पर अपने हास्ताक्षर या अंग्रेट की छाप लगाकर, मैं (आबेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता 🕻 एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत, फोटो और जो विकाल इस प्रपत्र में धोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चल, पाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गरिविधियों और उपसम्भियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से इलास्ति करने के लिए अधिकृत है। येरै प्रपत्र का विकास मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बजता। इस सन्वंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाष्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदमा मो शरतावर या अंतृते मा-दिसान



## AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमताल 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.

हम्मरे अधिकृत, इस्ताक्षणे की ओर से मामसंप्रोगी को "क्रोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेदु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पतास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि ग तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले खे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउनोंटान" से सिफारिक/विवति उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकत हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेंगी।

 "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल बिविय प्रकृति को है। ऐगी पा हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव ऐगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "ब्रॉशिका फार-बेशन" द्वारा क्रिसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव मुख्या और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धृषिका या किस्मेदर्ज़ी इस मामले में नहीं होगी।

Ur. Mond. Rameez Rezel के लिए संस्तुति RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE M.B.B.S. M.S. Ophihalmology Date of Surgery YOGESH YADAV ऑपरेशन को तारीख FICO (UK) (Name, Designation & Stamp At Authorited Signatory Dr. on behalf of Hospitaliya Hospital (Name of Dr. A Resident With Stimp) आनारिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी इस्ताक्षर 2