

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)   |  | Koshika<br>foundation  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| सहायता हेतु आवेदन प्रारूप<br>(स्वास्थ्य देखभाल)   |  | Koshika<br>foundation<br>Bhilai, Jharkhand   |  |   |
| APPLICATION No.<br>आवेदन संख्या   | V/122a/0237  | APPLICATION DATE<br>आवेदन तिथि   | 09/12/20                                     |   |
| NAME of APPLICANT<br>आवेदक का नाम   | Ramji Lal  | AGE-YEARS आयु-वर्ष   | 68   |   |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME<br>पिता/कन्याका नाम  | Liyari   | SEX लिंग   | M  |   |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  |  |     |  |   |
| Ran baaj, Ramnigh (rural), Bahthans,<br>Deeg, Distt. Bharatpur, Rajasthan 321203  |  |  |  |   |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता   |  |  |  |   |
| Same as above   |  | Proof Postop<br>(0237) Ramji Lal   |  |   |
| OCCUPATION<br>व्यवसाय   | Unemployed   | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)   |  |   |
| TOTAL ANNUAL INCOME<br>कुल वार्षिक आय   | 2200/- (Family)  | (Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) NA                                  |  |   |
| PAY NO. आई खाता संख्या  |  |  |  |   |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो वास्तव में उस या सही को चिह्नित करें):      |  |  |  |   |
| Yes / हाँ   |  | No / नहीं ✓  |  |   |
| FAMILY DETAILS परिवार विवरण   |  |  |  |   |
| Sr. No<br>क्रम संख्या   | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्य का नाम  | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)   | Gender<br>लिंग                               | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
| 1   | Mecha  | 65   | F  | Wife  |
| 2   | Pooran   | 40   | M  | Son   |
| 3   | Mukesh   | 37   | M  | "   |
| 4   | Manish   | 32   | M  | "   |
| 5   | Savitri  | 38   | F  | Daughter in law                               |
| 6   | (None)   | 34   | F  | " " "   |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विवरण आधार:  |  |  |  |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>नीची रकम के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)                              | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग कार्ड<br>(उपभोग पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |   |
| PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE<br>सहायता हेतु किसे भविष्य का उद्देश्य:   |  |  |  |   |
| Sr. No<br>क्रम संख्या   | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                         |  |  |   |
|   | RE - Senile Cataract   |  |  |   |
|   | LE - Senile Cataract   |  |  |   |
|   | Surgery - (RE) SICS + IOL  |  |  |   |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है? |  |  |  |   |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या  | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम  | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी राशि सहायता मिली                           |  |   |
| 1   | Lupin Foundation   | 1000/-   |  |   |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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 liable for recovery/cancellation.
- I solemnly affirm 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 यथागत रूप से यह घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई झूठा एवं गलत विवरण दिया जाता है तो मेरी आवेदनिका निरस्त की जा सकती है।
- मैं इसी प्रकार यथा 'कोशिका फाउंडेशन' से भी यह भी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में आया है।
- मैं यथेष्ट करता हूँ कि मैंने कदापि न तो इसका उपयोग किया है, अब नहीं या भविष्य में कभी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनियों से न तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 its 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.
- 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 entitle me to recovery 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण उस उद्देश्य में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् उनकी, वेब, पत्रकारिता इत्यादि माध्यमों से पूर्ण गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यमों से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इलाज को करने या प्रश्न में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से किसी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि कदापि के उद्देश्यों में प्रेषित हैं, उन्हें एवम् प्रकाशित या प्रकाशित नहीं किया जाये। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनकी गतिविधियों को विवरण प्रेषित और प्रकाशित होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):**

- By affixing Hospital's signature of our Authorised Signatory for recommending this hospitalized patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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. In the event 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This declaration is hereby stated that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
  - This assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/modality adopted/recommended by the Hospital on the patient, is based on the mutual consent between the parent & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
  - हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से प्रस्तावित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) क्विन् उपकरण से मान्यता प्रदान करते हैं।
  - यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की हस्पताल या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये नहीं मिलेगी, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रेषित उसी के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकृत/हस्ताक्षर हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/हस्ताक्षर से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर द्वारा मदद तथा रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की हस्ताक्षर या किसी अन्य स्रोत से नहीं मिलेगी।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृत की है, रोगी का हस्ताक्षर द्वारा मेरे सहायता का क्विन् उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव कोई रूप हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षित और अन्य बातों को सभी विनियमित रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

**DR. SACHIN SHARM**  
 MBBS, DNB, FRCR  
 Registrar  

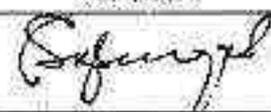

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृती के लिए संस्तुति

  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 नाम, उपाधि पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 11/12/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व इलाज व रजि. नं.

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

|  |   |
|--|---|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामों हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामों हस्ताक्षर 2<br> |
|--|---|