# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

	सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	7	(स्वास्थय देखभार	1)	foundation		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	Alos 24/0247	आबेदन			Building block of life.		
NAME of APPLICANT :			AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX THY			
अश्रोदक का नाम	Synita		42	F			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	Ramaytar						
VIIIadp- Sur	PRESENT RESIDENCE	E ADDRESS 可持	पान आवासीय पता िप्रहर्म - []]	~ 0.00			
		ALL .	CLOSE PA	IUS I	Preop Postop		
Rayas	PERMANENT RESIDENCE	TARRESS. THE	J		preop Postof		
	PERMANENT RESIDENCE	Q Love	क् आवासाय पदा				
		J. Q.S. E.A.					
OCCUPATION :				(max	7 (22)		
व्यवसाय	lome maker		11/7/25		1) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCON कुल वार्षिक आय	Somot (	F9101/4)	(A	ttach Proof of I आय का साक्य र	ncome) संस्मन) अभि		
PAN No. TRIS GIRL THE	TAX ASSESSEE (Tick whichever is appl	inable):	Yes/I No				
क्या आप आप कर दावा	है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान स	गाये।	हाँ ( नहीं				
			DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender felt	Relation with Applicant आपेरक के साथ सम्बध		
0	Ramotar		Sa N		HUSband		
(2)	Suzal Kuman	1	8	M	Son		
(9)	Sacred Remain		0	1-1	-504		
		_					
	BASIS for REQU सहायता के	ESTING ASSISTA लिये विनति आधा	NCE (Tick whichever is	applicable)			
BPL Car	BPL Card EWS Certificate		Ration Card				
(Attach Card	Copy) (Attach Certific	ate Copy)	(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof		
गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की छापा प्र	प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग वि स्रोताल को। (प्रमाण पत्र की साया			हार्ड. तीर यांनाच करे।	अन्य कोई साक्ष्य		
Christ da an anni h	MINISTER STATE OF STA	Serie Serie Maria	30.000000000000000000000000000000000000	m and comm			
			ESTING ASSISTANCE: ये क्निती का उद्देश्य:				
200000							
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलरन						
8-1-11-11		-117/00/200	1	re go un			
	DIAMOSIS RE.	- SPY	ule Cater	act			
	I.F.	- 00	IDI.				
	(,t)						
100	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		1205 208	TIEST DES	400		
2	Survery - RE	- 51	CS WADE	H PMM	A		
TEXT SILVERS	0				Ma.		
			-				
				-			

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1 /	411	
	1955	

#### DECLARATION by APPLICANT: आगेरक 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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरम पाया जाता है तो मेरी सहायश निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकत्त हिस्सा किसी अन्य झोव/नियोशक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लीगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 प्रत्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विधाण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, घाषना/या दूसरे उर्त्श्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रधार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के ठर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थातम के इस्ताधर या अंगुरे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्पाल 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.

हमारे अधिकृत, इस्ताहरों की ओर से मामलेग्येगी को "कोशिका फाउन्देशन" से चितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्वीत से उस्त रोगी/भामले में लेंगे चा ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिकारिश/विनति उस्त के साम्बय में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता किसी अन्य सहायता के तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायता लेने का अधिकार सुरस्थित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उन्तर येगी/मानले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता क्षेत्रल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्थताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का युगाव रोगी एवं इस्थताल के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा कियें प्रकार का कोई प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और रुवने जाने की सारी जिम्मेदाएँ रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्राथका या जिम्मेदाएँ इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Mond. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Optifialmology FICO (UK) (शिक्षेष्ठ अधिर-5 Regar Nd अधिक Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व र्यंत. न	YOGESH YADAV Assistant Administrator (Name किंड्यापन्सीमा के अन्यापनी किंद्रिया के विद्यापनी के		
her /	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	OUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताकृत 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तावर 2		
ξ	fugel	liert		