AWR- C-25-07-0175

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 04-07-25 Building block of life. APPLICATION No. : आवेदम संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-अर्थ SEX fein NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्म का नाम 98798 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत Alloye-Ph-12979 / Mamilas 4 Solull PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आलासीय पता 9) 95 thun-H bove Preop OCCUPATION : MARRIED (Tagista) / UNMARRIED (addallsta) amer TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) कुल गार्षिक आय PAN No. THE BEST NO MAY ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/ No कां रे नाम क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सडी का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उप्र (वर्ष) सिंग क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम Nill BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपमोक्ता कार्व गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की लाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिचेदन सुनी संलग्न क्रम संख्या Diagonosi ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्य NII

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, 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.
- 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डोशन", से ती जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस शांश का आंशिक या सकल दिस्सा किसी अन्य खोद/निश्चेत्रक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेटक 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 हस्ताधर या अंगठे की क्राप लगाकर, में (आनंदक) अपनी महमित की पुष्टि करता मूँ एवं "कंग्रिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता मूँ कि मेरा चाप, पता, पतेंटे और जो निवरण इस प्रपत्न में प्रोवित है, उसे "कोशिका" एवम् नवासी, टान, वालना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न का निवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसर" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवसण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बारमकारी होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (STUTTED WITH THE WITH THE

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:

I) 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 अधिकृत, हरताक्षरों की ओर से पामले रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सक्षायता हेतु सिफारिश की कती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न वो वर्तवान और न हो परिष्य में वितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त ऐंगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" हो सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाउन्देशन" हुए सहायत विनति उत्तिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्थातल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधन रखता है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्हेशन" में ली गां सहायता केवल बिटिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सल्हाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का भुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इस्टेलिये हरणताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी जिय्मेदारी रोगी एवं हरणताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले मूँ नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीक	Or. Mohd. Ramaez Reza M.S.B.S. M.S. Ophthalmology (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)	Assistant Administrator (Name: Parisination & Stamp of Authorised Signatory on Bunkir of Hospital) नार्य के प्रस्ति विक्रीकृत अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOL	UNDATION आनरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताहर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2
8	spengel	lil E