(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखधाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE: 11 06/2021 Building black of life APPLICATION No. आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS आप-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 64 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Suwan khan PRESENT RESIDENCE ADDRESS अर्थपान अस्मासीय पता पिता/कटम्म का नाम Tehi- Alway, Dist-Alway Sirmoli 30/028 Ratasthan -PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : TRITS STRIPTING YOU Chotak AS OBOLD 6306 OCCUPATION: MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) armer व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 600001 (आय का साक्ष्य संलग्न) कल वार्षिक आप PAN No. स्थाई खाता संख्या NA Yes (No[®] हां (नहीं 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। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. उम्र (वर्ष) आवेदक के माथ सम्बध filight क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम 91 Arondern Son M 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 गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अस्य आव वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे) (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की साथा 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 प्रतिबंदन सुधी संलग्न क्रम संख्या niagnosis Surflery (0) 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 क्रम संख्या अन्य स्वांत का नाम MU

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरक द्वारा अंगणा 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सक्षी है। चरि कोई विवरण एवं कथन जसाय चाया जात है तो मेरी महायता निस्ता की का सकती है।

2) पेरे द्वारा जो सहापना गाँन "कोरिका फाउन्डेशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मरा गया है।

मैं पुष्टि करता है कि दिस सहस्वत हेतु यह प्रार्थना को गई है, इस राशि का आंशिक या सकत किस्स किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीस कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Spites and wort)

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 प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की चुन्दि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ठसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रतत में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन, यावन⊱या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथव का विवरण मेरे इलाज के फाले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यानी अधिकृत है।

2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विधरण जो कि सहामता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहामता का हरूदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्मय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुड़े का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (WINNER WIT WITE)

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 अधिकृत, हस्तक्षरी की ओर से मामले/रोजी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विलिय सहायता हेतु सिपारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से बान्य व स्वीकार करते हैं। पड़ कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उक्त रोगी प्यन्तरे में लेंगे या ले खे है, जैसे कि हमने "कॉशका फाउन्देशन" से सिकारिशाविनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" ग्रारा भरद हेतु कि है। चरि "कोशिका फाउन्डेशन" ग्रारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य सन्साधन से सहायण लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूप्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्विलीय मदद उका रोगी/मामले हेंदू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा-लेगी।

2. "कॉशिका काउन्डेंशन" से शी गई सहायता कंवल विदिय प्रयुद्धि की है। ऐगी पर हस्पताल द्वारा थी गई सलाह था किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रेगी एवं हस्यताल

के बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एवान नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेमी के शतान मुखा और अर्ज जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई धृमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

Dr. WAFI ANSARI MS (OPHTHAL) N. Reg. No.-DMC/93199 हाक्टर का नाम व हरशाक्षर म राजि. न.

CHARAN MASSEY

Administrator of Authorised Signatory Shroffs Eyeldospitalpatelar

नाम व पर हम्पताल ऑधकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताभर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताधर 2