0-22-06-0961 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 01 07 2022 Building block of life APPLICATION No.: आवेदन तिथी आसेदन संख्या : AGE-YEARS STIT-IT SEX firin NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 80 Dhup FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्ब का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता len - Alway , Dist. Hwar Village- Karoli meop POSTOP Rajasthan - 301029 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Dhupu 175 above MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION : Farmer व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME : 53000L (आय का साध्य संलग्न) Family) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या NA Yes / No हा / नहीं ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बंध उम्र (चर्च) शिंग क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम wife 5 Iummu W BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड अल्प आप वर्ष प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की साधा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की शामा प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्वेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न क्रम संख्य DISCONSPICE ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतृ कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्वांत का नाम

Sr. No.

क्रम संख्या

NIII

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वार योगन 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.
- is 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) में घोषण करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाल मेरी आनकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकाल एवं कथार असाथ प्रधा जाता है तो मेरी सहस्यक्ष लिस्स की पा सकती है।
- मेरे प्राप्त को सहायता ग्रांश "क्रांशिका फाउन्डेशन", में स्त्रै का खो है, उसका उपक्षेप उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेपा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि दिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आशिष या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोक्टनियोनक/बीमा कम्पनी से प तो लिया है और प ही पविषय में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्रेटक क्रय 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 saidly with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्य पर अपने इस्ताशा या अंगते को छाप लगाका, मैं (अवंदक) अपनी सहयति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि की नये, पता, फोटो और वो विवारण इस प्रयंत में घोषित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, दान, याचनाऱ्या दूसरे उद्देश्य से युडी गतिविधियों और उपलिख्यों के लिये किसी भी प्रसार याध्यम से प्रसारित करने के लिय अधिकृत है। मेरे प्रयंत्र का विवारण मेरे प्रयंत्र को गतिका पाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसत हूँ कि भेरा चम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहस्ता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहस्ता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकम उसके न्यास्थि का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMS IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताक्षा या आंग्रुटे का निगान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$19000 git \$101)

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 deither 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, हस्ताक्षरी की और से सामले/येगी को "कोशिका काउन्देशन" से विशिव सहायात हेतु सिफ्फीश की जाती है, जिसे हम (हस्ताता) निम्न प्रकार से पान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ले वर्तमान और न ही भविष्य में विशिव सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से टक्त रोगी/पामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्देशन"

में सिकारिका/विश्ति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा महायता विश्ति आंशिका/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जात है से अस्प्याल किसी अन्य ग्री किया जात है से अस्प्याल किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेगे का अधिकार सुर्राचल है। इस पूर्णिय में स्वयंत्र कहा जाता है कि अस्प्याल द्वितीय नवद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। ऐसी पर उत्पत्तल द्वारा से गई सलाह या किये गये उपधारप्रक्रिया का भुसाय रोगी एवं इस्पतल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पतल में रोगी के इलाव सुरक्षा और को जोई भी जाने की सारी निम्मेदारी रोगी एवं इस्पतल की होगी और "कॉशिका" की कोई प्रिका या विक्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dol

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुवि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

1/07/22

Dr. WAFI ANSARI
MS (OPHTHAL)
Rag. No.-OMG/03199stamp)
statz का गाम व इस्ताक्षर व र्राय. न

CHARAN MASSEY

(Name, Designe day is is in a to the land of the land

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्ताधर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताधर 2

Sofungel

lite