#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 03/06/24 Building block of life. APPLICATION No. : आवेदन संख्या : आवंदन तिथी AGE-YEARS आय-वर्ष SEX लिंग Kaila Devi NAME of APPLICANT: आधेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Aamesh पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Theop Rata Othan, 321203 Bharatepur, PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पंता Same as alove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (Family) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्याई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नही क्या आप आय 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. परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बंध क्रम संख्या Hushomo Ramdayal W kushal DSTEMA 24 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card EWS Certificate** Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract atara14 SICS FRMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या A)BCS 2000/-

#### 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.
- 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 है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायत निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में बरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि विश सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, दश राशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही धविष्य में लैंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक हाय कयर)

- 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 प्रयत्त पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की ह्याप लगाकर, मैं (आकेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चान, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में पॉषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायदा के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्वंध में "कोशिका" एकम उसके न्यासियों का निर्णय अर्थित और बाय्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वार 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की काती 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 या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"
में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता तेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय एदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और कोशिकाल क्यानेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/06/24 (Name, Decidention & Stanton) Authorised Signatory of Dr. & Regn. No. with Stamp) वंटर का नाम क हिस्सिम व ग्रीहा त नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्साक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2