(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 30 06 2012 Building black of life. APPLICATION No. : आवेदन विधी आवेदन संख्या : AGE-YEARS 3114-31 SEX frin NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 60 FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटम्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय प्रता VIIIage - Nangal Tingosingh Teh - Tignsur, Dist - Hwar Areop Ralasthan - 301402 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Bangysi 0325 AS 960VE MARRIED (füttför) / UNMARRIED (siftdiför) OCCUPATION: Home maker व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME 53000 (आय का साध्य संतरन) कुल वार्षिक आप PAN No. मधाई खाता संख्या PAN No. THIS BIRTH HISTE NAME TO AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा वही क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Gender Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Sr. No. आवेदक के साथ सम्बंध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्य Husband Lila m Kel 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 उपयोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की साया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति मंतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Diagnosis CHIRRAC ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को तेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली पई सहायक गर्मो अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या MI

DECLARATION by APPLICANT: अशोदास द्वारा गोपणा 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 योषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पाम जाता है तो मेरी सहायता विरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो महायत गाँत "कॉरिका फाउन्टेशन", मे ली जा तही है, उसका उपलेग उम्मे उरेल्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि कात है कि जिस सहायत हेषु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोह/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिचय में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koahlka 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 प्रपत्र पर अपने हरताधर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहगति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिया फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपष्ट में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नासी, रान, घाषना/या पूसरे उद्देश्य से बुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने को लिए ऑधकृत है। मेरे प्रपत्र का विकास मेरे इलाज को पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी ऑधकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित हैं मुझे क्या: सहायात का हकतार नहीं बनातः इस सम्बंध 🕏 "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ठाँतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के इस्ताक्षर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$14400) Et 4410)

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 ceither 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेपीगी की "कोशिका फाइन्बेशन" से वितिय सहायता हेतु सिपारित की जाती है, दिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काल है। 1) यह कि न हो वर्तमान और न हो भाषित्य में विशिष सहायहा किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य उन्नेत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका काउन्हेशन" में सिफारिश/विनीते कका के सम्बन्ध में "कोतिका फाउन्हेमन" द्वारा पारंद हेतु कि है। यदि "कोतिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनीत अशिक-सकल हेतु यन्तुर नहीं किया जाता है 🕸 अस्मासन किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से प्रजायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूच्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उका रोगी-पामले हेनु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपवार/प्रक्रिया का चुरान रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फारवर्दशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवाद नहीं है। इसलिये इस्पताल में शेमी के इलाज मुख्या और कूने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं उन्त्याल को होगी और "कोशिका" को कोई धृत्तिका या जिम्मेशरी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery CHARAN MASSEY ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation Value of Authorised Signatory MIS (OPHTHAL Dr. Shroffs Bye Hosbital Alwar नाम व पद इस्पताल औ FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञान्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी इस्ताक्षर 2