## (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : OY 187 1202 Building block of life. APPLICATION No. 1 339 आवंदन तिथी आवेदन संख्या : 722 AGE-YEARS STIT-WE SEX field NAME of APPLICANT : आवेटक का नाम FATHER SISPOUSE'S NAME : पिता/कट्म्भ का राम Serlar Khan PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 20 . HZ979 . Teh .-Marco VIIIa9-e Rajasthan - 301411 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता As above MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION : Home makek व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) 55,0001-Family. NA (आय का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / सहो क्या आप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकारण Relation with Applicant Gender Name of Family Member Age (Years) Sr. No. परिवार के सदस्यों का नाम आवेशक के साथ सम्बंध उम्र (धर्ष) शिलंग क्रम संख्य Hurbard Souther khan m BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति मंतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्चेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्य olagnosi MS (OPOTE) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता चशी अन्य स्वांत का नाम क्रम संख्या NII (1)

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोपणा 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
- 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 धोपणा करता हूँ कि इस प्ररूप में दिये गये सभी किवाल मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कमन असल्य पाम जाता है तो मेरी सहस्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हात जो सहायता गरित "कोतितक फाउन्हेशन", मे सी जा रही है, उसका उपकेप उसी उदेश्य की पूर्ति में लिये किया जावेगा, जो इस प्राप्तप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गाँ है, उस गाँश का आशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य फोतानियोजक/बीमा कप्पनी में न तो तिया है और न ही परिवय में त्याँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (अपनेएक द्वार 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 प्रथत पर अपने हालाक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आयंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांतिका फाउंडेशन और उसके नासोगों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पण, फाटो और जो विवाण इस प्रपत्न में खोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यात से प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आबंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, परेटों और विवास जो कि सहामता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहामता का हकतार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिला" एवम् उसके न्यासियों कर निर्णय ऑतिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अवेदक के हम्लास या अंपूर्व का निवान



## AGREEMENT by HOSPITAL ( ERVIRON ( TO WALL)

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्ष्मी की ओर से मामानेधोगी को "कोशिका फाउन्होंना" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हरपताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो मांवण्य में नितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त रोगी,भामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाउन्होंशन"

से सिकारिशा/विवर्ति उक्त के सामाय में "कोशिका फाउन्होंना" हुआ यदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंशन" हुआ सहायता विवर्ति ऑशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अन्यताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पूर्विट में स्थाद करता जाता है कि अस्पताल दिलीय नंदर उक्त रोगी,मामले हेंचु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगएलेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेटन" से तो यह सहायता केवल थितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा री गई सलाड या किये गर्व अपवारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका पराजन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रधान नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इताब प्रधा और आने जाने की सारी विम्मेयरी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रधान या विस्मेदारी इस स्वासने में नहीं होगी।

को इरेगो और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती को लिए संस्तुरित

CHARAN MAGORIA

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

4/7/22

Dr. WAFI ANSARI MS (OPHTHAL) Reg. No.-DMC/93199

Neg. No.-DMC/93199 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ভাৰতে কা ভ্ৰম ব ভাৰাচাৰ বাহি. মু. CHARAN MASSEY
Administrator

Dr. Shroffs Exelectors piles A Multiporised Signatory

on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 Parell Brenist 2

Sofungel

lit