# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)

सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(स्वास्थय देखभाल)			foundation										
APPLICATION No. :	-1-0-	1-20-1-01		ATION DATE :		Building block of life.	-1									
आवेदन संख्या :	5/08	15/0360	आवेदन वि		-9025	TO DO MONTE										
NAME of APPLICANT	na	0 0 1	-	E-YEARS आयु												
आवेदक का नाम	1 (91-	Samay Singl	)	68	M											
FATHER'S/SPOUSE'S		110		1000		7										
पिता/कटुम्प का नाम / ats / ११ कि augroup (hand) PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता / ,																
0, 60	nat 2100			H bhu	Khow.	POTE OF POST OF										
Telip	Una	Trove of post of														
1000 H		ERMANENT RESIDENCE ADDRES	cc. wir	conservation man	3	Mon . Samay	- 1									
	- 1 or ownay	- 1														
		same as a	bove			I Car Singh										
						1 (0360)	$\dashv$									
occupation : व्यवसाय					MARRIED (विवाहित) / DNMARRIED (अविवाहित)											
TOTAL ANNUAL INCOME : U6 , 000					(Attach Proof of Income) (সায কা মাধ্য মাল্যন) // প্র											
कुल वार्षिक आय	90)	000			(आय का सार	ध्य सलान) ////	$\dashv$									
PAN No. स्थाई खाता सं		(Tick whichever is applicable):		Yes / No			$\dashv$									
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो व	स पर सही का निशान लगाये।		हां ∧्नुही												
				TAILS परिवार												
Sr. No. क्रम संख्या				(Years) १ (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध										
(1)	- Al	परिवार के सदस्यों का नाम		9	101	Son	$\neg$									
(2)		Sannu		7	M	- San .										
(3)		Anixal	3	5	m	Dought-lesin	du									
- cott		μησα				Cariotad Son										
	+		+				$\dashv$									
			+													
			1													
	<u> </u>	BASIS for REQUESTING A	SSISTANC	E (Tick whiche	ver is applicable)											
		सहायता के लिये विन		= 0.00000000000000000000000000000000000												
BPL Ca	rd	EWS Certificate		Rat	ion Card	Any Other										
(Attach Card	- 12 S T T T T T T T T T T T T T T T T T T	(Attach Certificate Copy)	te Copy) (Atta		sch Copy)	Basis/Proof										
गरीबी रेखा के नीचे		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न			ोक्ता कार्ड छाया प्रति संलग्न को	भ अन्य कोई साध्य										
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।				- DEVICTIVO A SOCIATION		70.										
				STING ASSISTA												
		सहायता हेतु	किये गये	विनती का उद्दे	स्य:											
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached																
क्रम संख्या  अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  Diagnasis — KF — Service Catarract																
										IF - Serile Catagact						
									1	Dame Carwiaci						
	-	1				77	_									
	<b>QUY19</b>	P904 -	- RF - STCS			1 PMMA										
	0	0														
		Annual transfer of the second	n 4	E unitabo est	to a grant and	IDOES										
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई ३														
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE I																
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम				C Shaheren	ली गई सहायता राशी										
	_						_									

### 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.
- 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.
- 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 प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

#### AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारो होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



pself

### AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा 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:

(Hospital) hereby aftirm & 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, हस्ताखरों जो ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/बिनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल
किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

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

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसे गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

Raman (Pep Kaur (Name (Ou & Bengers with Stamp) इंक्टर को नाम व इस्ताक्षर व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Admorised Signatory on Senator Bespital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sofungel