APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देसाभात) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 19-08-25 Building block of life. APPLICATION No. : आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आन्-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT : आवेरक का नाम FATHER S/SPOUSE'S NAME Kan Shah पिता/कट्टम्भ का नाम वर्तमान आवासीप् DIST Villa9 P-Bansun. Pasang 901402 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता preop above NARBIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION : mer ठयवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आय का साक्य संलग्न) कुल कार्षिक आप 58000 PAN No. RUIS WHITH THEFT NAME YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): PAN No. PUIS BIRTH HISTOR Yes / No हां र 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. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (थर्ग) क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम Usha 60 32 Son m Ranesinah Daughtex in and 30 meena BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof अल्प जाय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोषता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की बाया प्रति संसम्ब 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 DIN PMINA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. लो गई सहायता राशी अन्य स्वीत का नाम क्रम संख्या tin

DECLARATION by APPLICANT: अग्रेयक द्वारा घोषणा 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 Founciation, 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 घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी कानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। चरि कोई विवरण एवं कथन असरय पामा जाता है तो नेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायत गाँश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेखा, जो इस प्रारूप में पश गया है।
- वै पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, तस ग्रीत का आँतिक या सफल हिस्सा किसी अन्य प्रोतानियोजकाथीया कम्पन्टी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लुँगा।

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 प्रपन्न पर अपने हस्ताधर या अंगठे की बाप लगाकर, में (आयेरक) अपनी साध्यति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउउँशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता. फोटो और जो विकाण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नकसी, रात. वाचनात्वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधयों और उपलॉक्सयों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के कि सहायता के उर्दश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अधिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEET THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFIRM DIT WITE)

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, हस्ताधरी की ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्बेशन" से वितिय शहरयता हेतु सिकारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो प्रतिष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/पासले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिफारिश/बनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो असनातल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सकायता लेने का अधिकार मुश्कित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पटर उकत रोगी/पासले हेतु किसी

मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो वर्ष सहायता कंवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पातल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्थालन में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वार्व को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्थालन को होगी और "कोशिका" की कोई पूपिका या जिम्मेदारी दक्क जामले में जही होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति

Date of Surgery

Dr. Mond. Rameez Reza M. B.B.S. M.S. Ophthalmology

(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) REG. NORDWEAR A 25GE

YOGESH YADAV Assistant Administrator

DRade Designation A Stamp of Authorised Signatory
Al Won behalf of Hospital)

आन्तरिक उपयोग होट् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यसी हस्ताक्षर 2

न्यामी इस्ताक्षर ।