APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 01-07-24 APPLICATION No. : Building block of Me आवेदन विची अरावेदन ग्रांखवा AGE-YEARS आय-वर्ष SEX THE NAME of APPLICANT: आवंदक का नाम Shyo Boi FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कट्म्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Sould · Alwas MILAGE Hem sur mothuka Teh-Postop Break 301462 Ralasthan-PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधारीच पता OCCUPATION: MARRIED (Parisa) / UNMARRIED (Salaaniaa) Home maker व्यवमाप TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) Clamily) कुल वार्षिक आप 50000 (आय का साध्य संलग्न) PAN No. THIS THREE TRIBUT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender क्रम संख्य उम्र (वर्ष) लिंग आवंदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम 75 Husbana Son 48 @ Daughter-In-1960 42 3 hagwat 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 उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसम्न करे। (प्रमाण पत्र की छान्य प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये क्लिती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन मुची संलग्न क्रम संख्या 2120m2215 enile Chitana (t ente 1 ICH ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतृ कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता गशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या NIT

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चौषणा पत:

- 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.
- मैं भीषण करण हूँ कि इस प्रारूप में दियं गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भी द्वारा जो सहायदा राहित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में पार गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्राचेत्र की गई है, इस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/वियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पाँचम्प में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेशक 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.
- () इस प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अपने की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता मूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आंधकृत करता मूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विकाण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नासी, दान, मानवा/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" थ न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आणेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उप्टेश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (** स्पातन 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, बब्ताधारी की ओर से पामलेतीगी को "कांशिका फाउन्डेशन" से फितिय महायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे बय (बस्पताल) निम्न प्रकार से पान व व्योकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कांशिका फाउन्डेशन" द्वारा सामायता किसी अन्य संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रक्ता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कक्षा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्षिशका फाल-देशन" से ती गई सहायता क्षेत्रल व्वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रीक्रया का जुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विभय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नही है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी किस्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई गूर्मिका या जिल्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Dr. Mohd. Rameez Reza YOGESH YADAV Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख M.B.B.S. M.S. Ophthalmology Assistant Administrator (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. SWOTTS CHANNIPE & Strong Planthorised Signatory 3/07/24 ALWAR on behalf of Hospital) आन्तरिक उपयोग हेत FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी इस्तासर 2