APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) oundation V/0624/0428 APPLICATION DATE: 19/06/24 APPLICATION No. : Building block of life. आवेदन संख्या : आवंदन तिथी Ramesh Chandra AGE-YEARS সাব্-বর্থ SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ramshwarup FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Shanma पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Ramoria Bamatio Aliganhi U.P. 202138 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्यार आवासीय पता above same as OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाव TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable); Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम लिंग amilesh 70 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 उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसन्त करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract Catanact SICSTPMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम 2000 DB CS

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 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) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता शांश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि दिस सहावता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अहिशक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Spaces and Metr)

- 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 प्रथम पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में गोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथव का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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

हगारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाठन्डेशन" से वितिय सहस्थता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो नर्दमान और न ही घाँचण्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त रोगी/म्यामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" में सिफारिश/विनति उथत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता बिनति आशिका/सकल हेतु मन्बुर नहीं किण जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पाधले हेंतु 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 पी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का <u>चुनाव रो</u>गी एवं हस्पताल के ति**ति को जिल्लान स्त्रा**मेवती रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा 🤣 की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

20/01/24

Dr. SUFYAN DANISH M.B.B.S. DOMS DNB

(Name of Dr. & Regn. No Print Stand 924 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

Authorised Signatory Authorised Signatory

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक ठपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2