·C-24-04-0713 (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE: 05-07-24 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आप-मर्ग SEX THIT NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्प का नाम Val PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 111990 12979 apukara POSTOP Preop Jasthan-20170 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: MARRIED (Tagifer) / UNMARRIED (STAGIFER) (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आप 2001 (आय का साध्य संलग्न) NA PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां र नही क्या अरप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Name of Family Member Age (Years) Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (धर्ष) सिंग WIFE YES how cen 58 55 trand807 30 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ट गरीबी रेखा के मौचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसम्भ करे। (प्रमाण पत्र की सरवा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र को कावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायक्ष हेतु किये गये बिनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्या SD199nosL Caterra Ct Senile senie Carerry Ct

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो?

Sr. No. कम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य रुखेत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई महायता राशी
	AIII	
	7.11.1	

DECLARATION by APPLICANT: आवेशक द्वारा ध्येषणा 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.
- 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 में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरप पाथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गाँश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग्न गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस ग्रीश का आंशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीपा कम्पनी से न तो शिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आपेएक 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 प्रयत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सङ्घति को पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका काठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चान, पता, फोटो और जो विजल्प इस प्रपत्त में घोषित है, उसे "कांशिका" एकम् न्यासी, एक, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी घी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवल्ण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका काउड़ेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाच्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

उरावेटक को सम्लाक्षर का उत्पाने का निकान

of the ortan

AGREEMENT by HOSPITAL (KERRET GITL WORL)

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, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतू सिफारिश की बातों है, जिसे हम (हस्प्तास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न वो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/विचति उक्त के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हात मध्य होता कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हात सहायता विनति ऑशिक/सकत हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहाबता केवल वितिध प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाथ रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या जिल्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वांकृती के लिए संस्तुति YOGESH YADAV **Date of Surgery** Assistant Administrator Dr. Mond. Rameez Reza ऑपरेशन की तारीख DANSISTATION Eva Hospital
DANSISTATION Eva Hospital
DANSISTATION Eva Hospital M.B.B.S. M.S. Ophthalmology ALWARDE Multion Hospital) (Name of Dr. & Rig Q N Whith Stamp) Reg. No. DMC/RH9598 Fa. T. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर ।