Mom- C-24-08-0992 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION DATE | 0व | 24 APPLICATION No. : Building block of life 0 468 आवेदन संख्या AGE-YEARS आय-वर्ष SEX firm NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : - FERODIAL पिता/कटुम्भ का नाम hagian PASTE PHOTO HERE 100 CE4-Go752 PRESENT RESIDENCÉ ADDRESS वर्तमान आवासीय पता gniggwan Vantucibus chesci gava 26150 maclesh PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता CIS above Dame OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आप का साध्य संलग्न) कुत वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नही क्या आप आप 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. आंद्रेशक के साथ सम्बंध उम्र (वर्ष) सिनंग परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या ove 10 Kush M m Koh HK918h BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Copy) (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड अल्प आच वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नौचे प्रमाण पत्र अन्य कोई सादय (प्रमाण पत्र की छादा प्रति मंतरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. असमाल/डॉक्टर से जुड़ों की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या 199hox turto COM V WIG & SU I mms ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गांव हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य एवंत का नाम क्रम संख्या 20001-DRCS

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.
- 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये राभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पामा जाता है तो मेरी महायता निस्तत की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता राशि "अमेशिका कार्वेन्द्रेशन", से ली जा शही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि जिस सारवता हेंदू यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आरिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तिना है और न ही पविष्य में सुँगा।

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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रपत्न में भोषत हैं, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, याक्षनाम्य इसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्हेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं 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" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इनवाधर या जांगुड़े का निशान

43 MIN

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:

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, इस्ताक्षरी की ओर से ग्यमले/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पाशल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्णमान और न ही भविष्य में विविध महामता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" में सिफारिकविनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायक विन्ति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी मंख्या वा किसी अन्य सन्वधन से सहायका लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सायन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दचाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की साथ जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्राप्ता या जिम्मेदारी इस प्राप्त में नहीं होगी।

		MMENDED FOR ACCEPT किती के लिए संस्तुति		
Date of Surgery अपिरेशन की सारीख	(Name of the S. Rego. No. with	Stalms	Deer A trainistrator Administrator Dr. Shrofi's-Charity Eye (Name, Programma & Salparish fired Signatory Mohamma अधिकारी वाम व पर हस्यताल अधिकारी	
	FOR INTERNAL USE of	F KOSHIKA FOUNDATIO	N आन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्तावर ।			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
Sufungal			liert_	