#### C21-11-0449 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: APPLICATION No.: Appletions block of life 1112110472 ञायेदन तिथी 17/11/2021 आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-पार्ग SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम m Kaidash Chan, FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता पिता/कटुम्भ का नाम Ten-Raigarh Preop POSTOP 301410 wax Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आजासीय पता above as. OCCUPATION: MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित) Lahourer व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) MA कल वार्षिक आय 0001 PAN No. स्थाई खाता संख्या MA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes /No क्षां 🗸 नहीं क्या आप आप कर दाता है (वो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS TRAIT GOZIN Name of Family Member परिवार के सरस्यों का नाम Age (Years) Gender Relation with Applicant St. No. इस (वर्ष) सिंग आवंदक के साथ सम्बध क्रम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) BPL Card Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपपोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (भ्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Dyagnoxix

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

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्त्रोत का नाम

Sr. No.

क्रम संख्या

MILL

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता एशी

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा योषणा 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.
- में घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं साप्ते हैं। यदि कोई विवरण एवं प्रधन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता गाँत "कोशिका फाउन्हेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जी इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लेंगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताधर या अंगठ की छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेये और जो विवरण इस प्रपत्र में पांधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रमात करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सवमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके त्यासियों का निर्णय ऑतम और बाब्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवंदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



RT ide of chima

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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, हसाहरों की ओर से मामले/ग्रेगी को "कोशिका पढटन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जातो है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से गान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिवष्य में चितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त सेंगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिकाविनित उनत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से रहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्हेंशन" से लो गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ग्रेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिन्मेंदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमुका या जिन्मेंदारी इस मामले में नहीं होगी।

		ED FOR ACCEPTENCE
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख  B \\ 262\	Dr. NUPUR GUPTA NS (OPHTHAL) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamo	CHARAN MASSEY
	FOR INTERNAL USE of KOSH	IKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
(5	efergel	lite