Nom-c-24-02-0920 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika (स्वास्यय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: Building block of life 10/08/24 आवेदन तिथी AGE-YEARS आव-वर्ग SEX THY PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय मृत DWI D919-TaD granesh 261206 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above MARRIED (FIGURE) / UNMARRIED (MAGRIER) (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Age (Years) Gender उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के माथ सम्बध Ration Card Any Other (Attach Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुधी संलान atarac. denle

क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Sr. No. Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** (Attach Card Copy) गरीबी रेता के तीचे प्रमाण पत्र अल्प अस्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। Sr. No. क्रम संख्या Haynosis Cartanger Senile Len culth Omma \*W190964 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायण किसी अन्य स्त्रीत से लिया गूमा हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वीत का नाम क्रम संख्या 0/19013

APPLICATION No. :

पिता/कट्म्म का नाम

manh

OCCUPATION:

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थाई खाता संख्या

व्यवसाय

NAME of APPLICANT: आवेरक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

आवेदन संख्या :

002

Utter

coati nam

11.91009

# DECLARATION by APPLICANT: आवंदक 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.
- मैं घोषण करता है कि इस प्रारूप में दिने गर्न सभी विवाध मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं साति है। चरि कोई विवास एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सरायता शांत "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका अपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि तिम सहायता हेतु या प्रार्थन की गई है, उस ग्रीश का आशिक या सकल किसा किसी अन्य खोत्-नियोजक/बीम कन्मनी से न तो लिया है और न वी पविषय में लूँग।

#### 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 प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका पाउँडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑपकृत करता हूँ कि मेरा गाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याधनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाग के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदफ) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और वाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगूटे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इत्यक्षास 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, हस्वाक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका काठ-देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्त्वाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी येर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "अंशिका फाउन्देशन" से सिफारिश निति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हात पदद हेतु कि है। विते "कोशिका फाउन्देशन" हात सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सन्तायन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय स्टूद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी येर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगालोगी।

2. "कॉशिका फाठ-वेशन" से ली गाँ सहायता कंचल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर अस्मताल द्वारा दी गई सलाह चा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं स्व्यातल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगों एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई प्रनिका या जिम्मेदारी इस पायल में ली होगी और "कॉशिका" की कोई प्रनिका या जिम्मेदारी इस पायल में ली होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. Utsay Deep M.B.E.M.S ऑपरेशन की तारीख Dr. Shroff's-Charity Eye (Name Designation Service a Valinorised Signatory UP Ni C Rub No-30746 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 10/08/24 Maring (highlight pf Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न. नाम व पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हरताशर । न्यासी इस्ताक्षर ३