## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

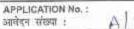
सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थय देखभाल)

foundation

Building block of life.



A 1121 0474

APPLICATION DATE: 18-11-2021 आचेदन तिथी

NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम

VIIrama

SEX fein AGE-YEARS 3179-11 60 1

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिडा/फटुम्भ का नाम

tah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता

Family)

Doodheri, Mohadia VILLIAGE-

Dist - Alway, Rojasthan - 321605
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: \*\* RESTAURT THE

Rhove





OCCUPATION:

कुल वार्षिक आय

TOTAL ANNUAL INCOME :

HOME **ट्यवसाय** 

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

PreoP

(Attach Proof of Income)

(आप का साध्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्य

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।

Yes //No हाँ / नहीं

EAMILY DETAILS WIRTH GROWN

FAMILY DETAILS VICTIC 1995							
Sr. No. ऋम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का गम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आर्थरक के साथ सम्बंध			
	HDVL2 IVELY	70	M	A DESTRUCTION			
STATE OF THE STATE							

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न करे।

**EWS Cortificate** (Attach Certificate Copy) अस्प जाम वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न फरे।

Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसम्न करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये जिनती का उद्देश्यः

Sr. No. इ.प. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिषेदन सूची संलग्न		
(b)	Diaghosis - RE-SENTLE CAT		
	LE- SENILE CAT		
- Co	TESTABLIAN - BE- ST. CETTIFERUAUM TO		
0	MS (OPHTHAL) Kommanustin		
- 194	Reg: No - DMCr06822 Fit Shothe Eye Herelli-L		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हेत कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वांत का गाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता राशी
(D)	NILL	

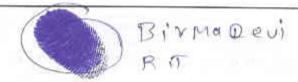
## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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 हूँ कि इस ग्रारूप में दिये गये सभी विवाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महायता राशि "कोशिका फाउन्हेंशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रिश का ऑशिक या सकल डिस्सा किसी अन्य खोट/नियोजक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही पविष्य में लैंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक हाव 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 प्रभन्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप संपाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में पांचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से बुढी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। भेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा बाप, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकादार नहीं जनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आमेदक को इस्ताक्षर या अंगर्ड का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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:

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.

तमारं अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/गोगी को "कोशिका फाउन्होंगन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में विविय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले वह है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन" से सिफारिश/विनित उपल के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होंशन" हाथ मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंशन" हाथ सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी खंग्या या किसी अन्य सन्साधन से सहायता 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 लेग/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई साध्यता केवल वितिव प्रकृति की है। सेगी पर हरपताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हरपताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरपताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आई जाने की सारी विषयेदारी रोगी एवं हरपताल को होगी और "कोशिका" को कोई पृथिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery CHARAN MASSEY
Stamp of Authorised Signatory व्यॉपरेशन की तारीख Dr. NUPUR GUPTA (Name, Designation & Stamp of Autho (1/252) Dr. Shroffs Exection pital; Afweit Reg. NowDMG/08822 1/2 7 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2