(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभात) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 24-07-24 APPLICATION No. 1 आवेषन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX fem NAME of APPLICANT: आधेरक का नाम FATHER'SISPOUSE'S NAME: Haz Phop 1 पिता/कटम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता VIII99 6-NILLOGIS Postop 301406 Preop glasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता 960VE OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home maker व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय Fermi W) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA 50000 PAN No. स्थाई खाता संख्या MA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. क्रम संख्य उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध परिवार को सदस्यों का नाम स्तिंग Husband -asphoo 65 Son 38 11 194 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) उपयोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रयाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसन्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को शाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न कम संख्या Cataract 20051 Chile WIPH PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या

MIL

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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.
- is 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.
- वें घोषण करण हैं कि इस प्रारूप में दिवें गये सभी विवरण मेरी जलकारी के अनुसार सत्य एवं सत्ती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता जिस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्था गरिंग "कोशिका फाउन्सेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मंग गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीचा कम्पनी से न तो लिया है और न हो प्रांचम में लुँगा।

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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में यांगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उर्दरम से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इसाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (जानेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेरक में इस्ताबर या अंगुरे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्नाहत 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.

हमते अधिकृत, इस्ताक्षरों की ओर से मानले/योगों को "कोशिका फाठन्देशन" से खितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पवाल) निन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न शो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

छे सिफाउरिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्वकात है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मानले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका कावन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बोच का विकय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रीमका या विस्मेदारी इस नामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति cast **Date of Surgery** GESH YADAV ऑपरेशन की तारीख Dr. Mohd. Rameez Reza (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroff's Chall build of Prospiral 25/07/2 M. R. B. S. J. L. S. Anthhalmolog Stamp) डाक्टर का नाम व**न्धिकिक (UKI)** न ABNA विद् जिस्साने अधिकृत अधिकारी Reg. FOR THE GOAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर १ न्यासी हस्तासर 2