APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : 08 08 22 Building block of life 0822 10498 APPLICATION No. : आवेदन विधी आवेदन संख्या AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT: Baini Perasad आवेदफ का नाम 5 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Narigaram पिता/करम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Raith , Dist Agna, U.P. 282101 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ruggo व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) 50000 कल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नहीं क्या आप आय 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. उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम लिंग कम संख्या 53 wife Kamla (0) Bal nam Daughter in law 14 20000 u. Anck UT MARIA BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति मंतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सची संलग्न क्रम संख्या Catagast Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी

अन्य स्त्रोत का नाम

2000/-

क्रम संख्या

T) BCS

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भोषणा पत्र:

- 1) 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 ass. liable for rejection/cancellation.
- 2) 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 ass 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 arm. for which this assistance is requested.
- मैं भोधना करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे प्रश जो सहायता तांत "कोशिका फाउन्डेशन", से शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्ररूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक व्य सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोठ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में स्नेता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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.
- 🕦 इस प्रथम पर अपने प्रस्ताक्षर या आंग्डे की फाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेरा नाम. पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथन का विवस्था मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का ठकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगृठे 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

हमारे अधिकृत, इस्ताहरी की ओर से मामलेशीयी को "कोशिका फाउन्हेंसन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो बर्टमान और न हो पविच्य में वितिय सहायक्ष किसी में सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विनीत उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहापता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गरंद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता क्षेत्रल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यक्रल द्वारा या सरका था काथ पन पर पर पर आहे. के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखाब नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्हें पूर्व के क्षेत्रण

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery DR. SACHIN SHARMA MBBS, DNB, Fice Ophthalmology

> (Name of Dr. & Regn. No Petts Stand 0183 डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Supportsed Signatory on behalf of Hospital)

Administrator

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

आन्तरिक ठपयोग हेत्

न्यासी हस्ताक्षर 1