(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 6/05/22 Building block of life APPLICATION No. : आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX fein NAME of APPLICANT : Johan Singh 59 आवंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Karansingh पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Riceop Postop (0523) Mohan KAY THUTH, KAY STAUTH, Iglas, Distt. Aligarh, U.P. 202124 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: Labour **व्यवसाय** (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आय का सास्य संलग्न) कल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / नही 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. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) रिलंग परिवार के सदस्यों का नाम कम संख्या Wife 54 Puremburt Son 11 Vitcu BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संसान करें। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनतो का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या Catanagt Catariact 11770 P ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या 1000/-DIBCS

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 assistance. 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 all 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 for which this assistance is requested.
- मैं योगणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी वानकारों के अनुसार सत्य वर्ष सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती.
- मेरे द्वारा को सहायता श्रीत "फोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी बदेश्य की पूर्वि के लिये किया वायेगा, औ इस प्रारूप में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्वापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

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.
- (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 प्रथत पर अपने इस्ताक्षर या अंगंडे की क्षाप लगाकर, मैं (अवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचन/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गविविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम सं प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- मैं (आवंशक) इस बात से सहपत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोलिका" एवम् उसके म्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

FINISM

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो बर्तमान और न हो भविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/प्यमले में लेंगे या ले खे है, जैसे कि हमने "कांशिका फाउन्हेंशन"

से सिकारिश विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आर्शिक सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्याधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त येगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर हत्यताल द्वारा से गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हत्यतुरू के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी 📴 पर्सुत को होगों और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

> DR. SACHIN SHARMARECOMMENDED FOR ACCEPTENCE MBBS, DNB, Fico Ophthalmology स्वीकृती के लिए संस्तुति

Reg. No. 90/183

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व र्राज. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on-behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनसिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताबर 2

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख