#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) oundation APPLICATION DATE : 04 APPLICATION No. : Building block of life आवेदन संख्या : आयेदन तिथी AGE-YEARS आर्-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 72 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Swayn पिता/कटम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Chanded hana, Haribun Crandad har Pore 04 permanent residence Address : स्थाई आवासीय पता a hove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दावा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हाँ ८ नुझे FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant तम् (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम रिनंग emaha 074 Vasant neena Ъ. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आग वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को छत्या प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Costariact Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता रागी क्रम संख्या

DBCS

2000

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पांचणा 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, if any, 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 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.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकतो है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहापता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खों है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया कार्येगा, जो इस प्रारूप में यस गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रशि का आशिक पा सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजकः थीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविच्य में लेंगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगर्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फार्डडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिसा" एवम् न्यासी, दान, माचनात्या दूसरे डब्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंमन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेशक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सक्षापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सक्षापता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आचेदक के हस्ताधर या अंगुटे 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

क्षमारे अधिकृत, इस्तक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहस्यता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उबत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिस/विनति उनते के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद होते कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिनति ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैं। सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से महायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्मन्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंद्र किसी गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेंगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से रही गई सहायता केवल चितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी 💯 कं बीच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकन नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख 05/07/24 Dr. SUFYAN D

(Name, Designation & Stand Day Authorsed Signatory on behalf of Hospital) नाम ब पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

ă

Adn inistrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2