## (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation Building block of life. APPLICATION DATE: 04-09-24 APPLICATION No. : 092 आवेदन तिथी अरावेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX लिंग NAME of APPLICANT आवेदक का नाम 68 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : hydana Ram पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता VI 109Pryglakherry, Ree war 80 KS09 DEG 06 Dalasthan-301406 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पा आवासीय पता 960 VE OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) -97-mer **50समाय** TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) ACA(आय का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आप PAN No. स्थाई साता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes /No हां 🙏 नही क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवारण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या 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 (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाणा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न क्रम संख्या 8 +11201 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू 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 स्थोत का नाम क्रम संख्य

## DECLARATION by APPLICANT: आनेएक द्वारा घोषणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise 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.
- 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 हैं कि इस प्रक्रम में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता गिरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा 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 सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशक मा सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही भीवमा में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लग्यकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित को पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विकाश तक प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उन्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यंम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवाश मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंपक) इस बात से सहमता हूँ कि मेरा नाम, फता, फोटो और विकाल जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताधर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्यक्षण 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:

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.
 The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

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, हस्ताक्षरों की ओर से मामले योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्म्याल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीव से उचत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उचत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा महाया विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया बादा है तो अस्यवाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय गदर उकत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेंगन" से ली गई सहायता केवल विदिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यक्षल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का युनाय रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेंगन" द्वारा किसी प्रकार का कोई द्वान नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरखा और आने जाने की सारी जिस्सेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्सेदारी इस आपले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. Mond. Rameez Reza के लिए संस्तुति YOGESH YADAV **Date of Surgery** M.B.B.S. M.S. Ophthalmology ऑपरेशन की टारीख Assistant Administrator FICO (UK) 5/09/21 (New Shirt water a Name And Soften Signatory (Namepelgr. Nackelph/NG/RAth25faffp) डाक्टर की नाम व इस्ताधर व रवि. न. ञान्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2