VRN-C-21-11-0591

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संदेश :	V 1121 0632		ICATION DATE :	11/21	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : Duray			AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	Shirch					
Na	nda Shadi Uvd		पान आवासीय पता		Prest Part	
Di	&H. Mathurg PERMANENT RESIDEN	CE ADDRESS : E4	8120 6 वर्षे आधासीय पता		Preof Postop 6632) Dularci	
	same a	us about	W		Valary Pulary	
OCCUPATION : व्यवसाय	Home Mak	ce,		Appropriate Non-Control	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	32000/	- (Fam	1/4) "	ittach Proof of In आय का सास्य मंत्र		
PAN No. स्थाई खाता संश ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	ख्या TAX ASSESSEE (Tick whichever is app है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान र	licable): समये।	Yes / No हाँ / नहीं ~		7	
		FAMILY I	DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. कम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant , आवेदक के साथ सम्बंध	
	Meghshyam		69	M	lusband	
- 4	0 0					
		ESTING ASSISTA) हे लिये विनति आधार	ICE (Tick whichever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		ate Copy) प्रमाण पत्र	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड । (प्रमाण पत्र को क्षरण प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			ESTING ASSISTANCE: वे विनती का उद्देश्य:		b)	
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
36.3 (1.04)	KE- Senile Cataract					
	1 E <	3- av.	- 0-1-	WOO F		
	LE - Schile Cataract					
	Surgery-	- (E)	SICS .	+ IDL		
			IE "PURPOSE" from O			
Sr. No.		हतू काइ अन्य सहाय HER SOURCE	ता किसी अन्य स्थेत से !		ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	अन्य स्त्रीत का नाम				ी गई संशायता राशी	
	DBCS		2000/-			
				1		

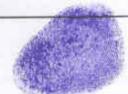
DECLARATION by APPLICANT: आनेदक द्वारा फीपणा पत्र:

- 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 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 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 file which this assistance is requested.
- 1) में घोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा तर
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोगक/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.
- 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 हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेगन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे ग्रलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सवायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नासियों का निर्णय ऑठम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्तावर या अंगुरे का निशान



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

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षणे की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहाचता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहाचता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उका रोगी/मामले में लेंगे वा ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्थल्य कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंपल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह वा किये गये उपबारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्म्रेस्ट्रेस्ट्राल एवं इस्पताल है। की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस भागले में नही होगी।

की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिप्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। Administrator RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति CHIN SHARMA **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख MBBS, DNB, Fice Ophthalmology (Name, Designation & Stamp III And Standard Signator (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पद हरमताल अधिकृत अधिकारी हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2

in the matter.