#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE Koshika (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 27/07/23 V10723/0650 APPLICATION No. : Building block of life आवेदन संख्या : आवेषन तिथी Rajvati Devi AGE-YEARS MIT-TH SEX firm NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 47 Granshyam FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान जापासीय पता chedar Sadabad Nagla Dist. Hathras, U.P. 281306 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधारतीय पता Same as above OCCUPATION: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: 45crol- (Family) (Attach Proof of Income) भूल वार्षिक आप (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई साता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दात है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। श्रां / मही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्य उम्र (भर्ष) आवेदक के साथ सम्बंध Chandrachal 50 N Husband Sukha 2. M Jydi Daug Her moul 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 गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की सापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सरक प्रति संलग्न करे। (प्रमाण यत्र को छाया प्रति संसरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/शॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुधी संलग्न क्रम संख्या Catariact Cataviar + SICS + PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस टर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्वोत का ग्राम ली गई सक्षायता गशी 2000 DBCC

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा 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 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.
- मैं घोषण करत हूँ कि इस फ़रूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", में ली जा ली है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु पड प्रार्थना को गई है, उस राशि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/निचीनक/बीया कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीत।

# 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका पाउंक्रेशन और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवाण इस प्रपत्र में पोक्ति है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना वा दूसरे उन्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवारण मेरे इलाज के पहले या कद में करने के लिए "कोशिका फाउन्हेंकन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "ब्योशिका" एथम उसके नामियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताधर या अंगूरों 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 deviced/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, इस्ताक्षरी की ओर से मामक्षेरोमी को "कोशिका फाउन्देशन" से विठिय सहायता हेतु सिकारिश की आती है, जिसे इम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/प्यायले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनांत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद होता कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनांत आँशक/सफल हेंदु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धान से सहायता लेने का आँधकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मायले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का खुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाल नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्विका या जिल्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	DR. SIMRAT CHARLOMMENDED FO MARING THE RESEARCH THE RESE	OR ACCEPTENCE लेप् संस्तुति (अ. SUFYAN DANISH
Date of Surgery ऑपरेशन की वरीय २८/०म/ २३	Time	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ব দং হম্মাল অধিকৃত অধিকাৰ্য
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकार 2
Sufungel		liet E