VRN-C-22-09-1347

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देवपात)						Koshika	
APPLICATION No.: V ०५२२ ०६८५				ATION DATE : রিথী	22/09/22	Building black of life	
NAME OF APPLICANT: Bhagat Singh -			AGE-YEARS आमु-वर्ष SEX सिंग				
FATHER'S/SPOUSE'S पिताःकटुम्म का नाम	NAME: Me	ghnath					
245, M	the entit	• 3 . Ma hazaul		न आवासीय पता	lathung		
(4.7) (4	Dist M	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	8100	1	aemen,	Porecop Prostop Co684) Bhagat Singh	
		same as	abor	e		C co Danga singh	
		73.71.					
occupation: Farmer						त) / UNMARRIED (जविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 48000/-					(Attach Proof of (आय का साक्ष्य	Income) संलग्न) 🗸 🗸	
PAN No. स्थाई खाता सं	The second secon			W. 11			
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes/No ਪ੍ਰੀ/ਜਵ	1		
				ETAILS VICTOR		Detailed with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	Na VÍ	me of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम		pe (Years) एप (वर्ष)	Gender रिनेप	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
	-		+				
	_		+				
			-				
			1				
			1				
		BASIS for REQUESTING । सहायता के लिये वि	रङ्गङ (AN नति आधार	CE (Tick which	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीवो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलब्ध		(At	ation Card tach Copy) भोकता कार्ड । सामा प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
				ESTING ASSIST विनती का उद्दे			
Sr. No. कम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुवी संसरन					
क्रम संख्या	AE - Servic Cataract						
		LE	-	Servile	Catariac	<i>†</i>	
		SWIDERY - (RE) SICS+PMMH					
		0: 30					
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेत् कोई	D for SAM	ME "PURPOSE"	from OTHER SOUR	CES	
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOURCE			na rem ore t	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम् संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम			ली गई सहस्थता राजी		
1.	TD BC	2			3000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

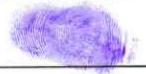
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing a liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such a 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 a for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सक्ती है। यदि कोई विवास एवं कथन असत्य प्राया जाता है तो मेरी सहत्यता निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता रहित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहत्यता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोद/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय 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.
- इस प्रपट पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमात को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विधरण इस प्रपत्र में फोबित है, उसे "कॉशिका" एकम् न्यासी, दान, बाचना/बा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यसियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगृते 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.

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

हपारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामले/होगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिष सहायता किसी गैर शरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उका रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "क्रोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिस विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो असनतात किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्यप से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नडी लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विकिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पता के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने बाने की सारी ј को होगो और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

DT. TANUJ GABA RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator स्वीकृती के लिए संस्तुति M.B.B.S., DNB OMC-76487 **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख Time Date (Name, Designation & Stamp of Supprised Signatory on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. आन्तरिक ठपयोग हेतू FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी इस्ताक्षर 2