APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभात) foundation APPLICATION DATE: 25/69/22 APPLICATION No. : Building block of life. 092210702 आवेदन संख्या : आचेदन तिथी AGE-YEARS आप्-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT: Muzzni आवंदक का भाम 58 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पितः/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Vanaana, Namaan, P 281306 Mathuna 1 1 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as above ame OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) Family) (आय का साक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता 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 लगाएँ। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) लिंग 501 Dhan M Husband M alua 3.7 24 Dayahten Rima Drughten Caumay n DIMATER 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 उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की शाया प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की छान्ना प्रति संतरन 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/डॉबटर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Codanac I Catarian 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 क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम DBCC 2000/-

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 & ongo, liable for rejection/cancellation.
- I sciernily confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which 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, a for which this assistance is requested.
- 1) में चोपणा करता हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं मड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहापता निरस्त की जी
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि दिस सदापता हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवनेदक व्राप 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 प्रपत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेशे और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एत्, यावनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए ऑधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) 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 न्यारित्यों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION.

आवंदक के हस्ताक्षर या अंगुठे 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 8 accept following:

(Hospital) 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

in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि व तो वर्तमान और व ही मंदिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान चा किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे मा ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से गिफारिश/विनित्त उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित्त ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था चा किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राध्व रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था मा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" में ली गई महायक केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाक सुरक्षा और आने चाने की साथै जिस्सेयारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या किसोयारी इस सामले में नहीं होगी।

को होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE DR. SACHIN SHARMA, स्वीकृती के लिए संस्तुति MEBS, DNB, Fico Ophthalmology **Date of Surgery** Administrator Reg. No. 90183 ऑपरेशन की डारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टरं का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. पुरुक्तिताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यामी हस्ताक्षर 🕽