VRN -C- 22-09-1569

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 26 APPLICATION No. 1 Building block of life 0033 आवेदन संख्या : अवयेदन तिथी NAME OF APPLICANT: Mulchand AGE-YEARS आप-मा SEX Rein FATHER'S/SPOUSE'S NAME : villa पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE Rreop fostop Co708) Mulchand Harrison, Harriston, Lidanh 11.P. 202124 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता came at above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: MA कुल वार्षिक आय (आग का माध्य मंलान) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही 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 टम्र (वर्ष) स्तिम MUDONI DEWI 95 . David Hen in all 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 गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्ब आव वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलाम करे। (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पलल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Contamar + ataman F ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्थोत का नाम DBCS 1000/

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 solemnly 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, useful this assistance is requested.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। मारे कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा र
- 2) में द्वारा जो सहस्यता राशि "कोशिका फाइन्द्रेशन", से सी जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रपट पर अपने हस्ताक्षर या अंग्रेट की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेग नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में चोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, माचना/या दूसरे उद्देश्य से नुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 3) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एथम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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, हस्ताक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिष सहस्थत हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिन्नम्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उस्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उस्त के सन्यस में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गीर साकारी संस्था या किसी अन्य सन्यायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्थल कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
- गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्देशन" से लो गई सहस्थता क्षेत्रल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में येगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को कोशी और "कोशिका" की कोई अधिका का विकोशी इस मामले में उसी होगी।

The second secon	ा काई भूमका या जिम्मदारा इस मामल म नहा हागा।	
	DR. SACHIN SHARM ACCOMMENDED FOR A	CCEPTENCE SWOlf'S Eye Ca
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख २२०९/२२	Reg. No. 90183 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न.	(Mairie, Designation)& Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व प्रदे हरूस्त्रान अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	NDATION STATES STATES
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2