(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) **—**सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : 26 **Building black of life** APPLICATION No. : 09 22 आधेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS STIT-TO SEX fein NAME of APPLICANT: Yadram Sharma आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : nushirom Sharoma पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Vauabas. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE SHEETH THE same as above MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आय का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आय PAN No. स्याई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसम्ब 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. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रय संख्या COMA TIACH Coda mac + Stingens ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया एया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लो गई सहायता राशी अन्य स्वीत का नाम क्रम संख्या 118701 10001

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 Appliable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Formwas 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 of for which this assistance is requested.
- 1) में चोचणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य फाय खात है तो मेरी सहायता निरस्ते
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक का सकत हिस्सा किसी अन्य खोठ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेदक हात 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 Truslees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने टस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आकेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फांटो और तो किवरण इस प्रपत्न में पोषित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) पै (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यामियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेपक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान

2/14/24/1

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.

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 आंधक्त, इस्ताक्ष्यों की ओर से मामले/रोगी को "कोरिका फाउन्डेशन" से वितिय सहस्थता हेंदु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहस्थता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/यापले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मन्द हेंदु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता क्नित आंशिक/स्कल हेंदु मन्दुर नहीं किया जाता है वो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्वाधन से सहायता लेने का अधिकार सर्वेबत रखता है। इस पुष्टि में स्पन्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंदु किसी

2. "कांशिका फाउन्टेशन" से शी गई सहायता केवल कितिय प्रकृति की है। होगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में शेगी के इलाज सुरक्षा और आने बाने की खरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पॉमका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	R. SACHIN SHARM ARECOMMENDED FOR AG	CCEPTENCE SHOT'S Eye Co
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख २ में ७९ २२	Reg. No. 90 83 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रहिः न.	Mame, Designation's Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital?
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	IDATION SUTTING STATE STATE OF THE STATE OF
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताधर 2
ξ	aferryal	lite_