# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

| APPLICATION No.: V/O 2 24 (0 73 7 APPLICATION DATE: 03/09/24 किंगीवाल केंग्रिंग संख्या: अग्रेवेदन की सी अग्रेवेदन की नीम सिक्स की नीम   | सहायता हेतू आवेदन प्रारूप  |                               |   |                      | (स्वास्थय देखम  | ल)            | foundation   |  |
|--|--|-------------------------------|---|----------------------|---|---------------|--|--|
| RAME OF PRICANT: RAM PRASAD  ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME: PURPOSE* From OTHER SUPPOSE*  ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME: PURPOSE* From OTHER SUURCES  FRESCH THE STORY OF THE STORY OF THE STORY AND STAME.  ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME: PURPOSE* From OTHER SUURCES  FRESCH THE STAME OF THE STORY OF THE STORY AVAILED FOR SAME PURPOSE* From OTHER SUURCES  FRESCH THE STAME OF THE STAME OF THE STAME SUPPOSE* FROM CONTRACTORY  ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME PURPOSE* FROM OTHER SUURCES  FRESCH THE STAME OF THE STAME OF THE STAME SUPPOSE* FROM OTHER SUURCES  FRESCH THE STAME OF THE STAME OF THE STAME SUPPOSE* FROM OTHER SUURCES  FRESCH THE STAME OF THE   | APPLICATION No. :  | V/09:                         | 14 (0737  | APPL                 | ICATION DATE : 09   | 109/24        | Name of the last o |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षाना आपानीय पण   SATIONAL DAY 10 10 20 10 10 20 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10  | NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम  |                               |   |                      | 7.7.7.7   |               | 60 8   |  |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षम्य आपार्थीय यहा  AND AD TOLLIAM DE COLUMN DE  | FATHER'S/SPOUSE'S N<br>पिता/कटुम्प का नाम  | IAME: AS                      | ha- Ram   |                      |   |               |  |  |
| SADE AND AND STREET OF PROSECULAR AND STREET OF STREET AND STREET OF STREET  |  |                               | PRESENT RESIDENÇE ADDR                                      | ESS de               | मान आवासीय पता  | 0             | PASTE PINCTO NERE  |  |
| Same as above  Coccupation:  Une mail (States)  (Attach Proof of Income)  (Attach Proof of Income)  (Attach Proof of Income)  (Attach Proof of Income)  (अंदा वता संख्य  (अंदा वर्ष संख्य  (अंदा वता संख्य  (अंदा वरा संखय  (अंदा वरा संख  |  |                               | 7   |                      | 7   |               | Ricop Postop   |  |
| DOCUPATION:  प्रमाशा प्रावस्था प्रमाश प्रमा  |  | р                             |   |                      |   |               |  |  |
| Machina Income:   The Machina Income:   Mach     |  |                               | same as a   | 600                  | e   |               |  |  |
| स्तुत कार्यिक अवय  AAN No. क्या स्वात संख्या  AEY YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  क्या अवर अवर चरात है (जो मान्य को उस पर सही का निशान समाये।  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  St. No.  Name of Family Member  ABS ( Years)  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FROM ( Per American )  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FROM ( Per American )  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FROM ( Per American )  FAMILY DETAILS परिवारण  FROM ( Per American )  FROM ( Per    | OCCUPATION :<br>व्यवसाय  |                               | nemblostec  |                      |   |               | Ministration and the All   |  |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  श्रम अंध्य कर रहात है (जो मान्य हो उस पर सही का निशन लगाये।  हे / जो  हे   | TOTAL ANNUAL INCOM<br>कृत वार्षिक आय   | E:                            | 4 a 0201-   | CFa                  | mild)   |               | Income)<br>संलग्न)   |  |
| FAMILY DETAILS चित्रपार विचार विचार के प्रत्या की उस पर सही का निशान लगाये।  St. No.  Name of Family Member परिवार के प्रतरासी का ज्ञम जम अब (अवर्ग) दिना आवेदक के द्वारा मानवा  अभ रावण परिवार के प्रतरासी का जम अब (अवर्ग) दिना आवेदक के द्वारा मानवा  अभ रावण पर अविकार के प्रतरासी का जम अब (अवर्ग) दिना आवेदक के द्वारा मानवा  अभ रावण पर अविकार के प्रतरासी का जम अवर्ग अवर्   | the contract of the contract o |                               |   |                      |   |               |  |  |
| St. No.  Name of Family Member परिवार के सदसमें का नाम उच्च परिवार के स्वार मानवाप  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  सहावता के लिये विनाति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) नामें विवार के लीये प्रमाण एवं (Attach Certificate (Attach  | ARE YOU AN INCOME Y<br>क्या आप आप कर दाता है   | AX ASSESSEE<br>(जो मान्य हो उ | (Tick whichever is applicable):<br>स पर सही का निशान लगाये। |                      | हां / नही   |               |  |  |
| कम संख्या  पिता के सदस्यों का नाम  3. (वर्ष) लिंग  अवेदक के साथ सम्बाध  2. BALDAN  3. PAR DAN  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहस्रवात के लिये मिनीव आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरेवी रेखा के नीये प्रमाण पत्र अस्थ जब वर्ष प्रमाण पत्र अस्थ जब वर्ष प्रमाण पत्र अस्थ जब वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलान करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहस्रवात हेतु किये पत्र विश्वाती का उद्देश्यः  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताला-द्रांकर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलान  6. CATARAT  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देशय के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?  Sr. No.  St. No.  NAME OTHER SOURCE  (AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED enter sources) हम उद्देशय के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED enter sources हम उद्देशय के हेतु काई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?  |  |                               |   |                      |   |               |  |  |
| 3- BALLOAM 3- BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  REFUL Card (Attach Card Copy)  गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति मंतरन करे।  "प्रमाण पत्र को साथ मंतरन करे।  "प्रमाण पत्र को साथ प्रति मंतरन करे।  "प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण पत्र करिया प्रति मंतरन करे।  "प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र के साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र के साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र के साथ प्रमाण पत्र का साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र के साथ प्रमाण पत्र करें।  "प्रमाण पत्र के साथ प्रमाण पत्र का साथ प्रमाण प्रमाण के साथ प्रमाण पत्र का साथ प्रमाण पत्र का साथ प्रमाण प्रमाण पत्र का साथ प्रमाण प्रमाण के साथ प्रमाण पत्र का साथ प्रमाण   |  |                               |   | 1 '                  |   |               | Relation with Applicant  |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  REFURING के शिरो मिनील आधार  BPL Card (Attach Card Copy)  गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पव  (प्रमाण पव की साम प्रति संसान करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  BASIS FOR EQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  ###################################   | - Serie (1989)   |                               |   | _                    |   | -             | The state of the s |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये पिनति आधार  (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाव्य प्रति संलग्न करे।  (प्रमाण पत्र को छाव्य को छाव्य प्रति संलग्न करे।  (प्रमाण पत्र को छाव्य प्रति संलग्न करे।  (प्रमाण पत्र को छाव्य को छाव्य संलग्न करे।  (प्रमाण पत्र को छाव्य को का चाव्य को संलग्न करे।  (प्रमाण पत्र को छाव्य को का चाव्य को संलग्न करे।  (प्रमाण पत्र को छाव्य को का चाव्य को संलग्न करे।  (प्रमाण पत्र को छाव्य को काव्य के काव्य काव्य के काव्य काव्य के काव्  |  |                               |   |                      |   |               |  |  |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  सहायता के सिये जिनकि आधार  BPL Card (Attach Card Copy)  गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  (प्रमाण पत्र को साल पत्र करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Attach Copy)  अल्प आप वर्ष प्रमाण पत्र अंग्रे साल करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हेंतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/इंकर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलान  बि. हि. विज्ञान किया पत्र की साल करें।  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेंतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से सिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत अन्य स्त्रीत से सिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम  | Dr.  | Bho                           | 1 dan   | -                    | 134   | m             | Son  |  |
| सहावता के लिये जिनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाव्य प्रति संसाम करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहावता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कांकर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संसाम  RE CATAMAT  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अस्य स्वेंत्र का जाम।  NAME of OTHER SOURCE अस्य स्वेंत्र का जाम।  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रानी  | 3.   | Bo                            | Radm  |                      | 30 F  |               | Daug Herinta   |  |
| सहावता के लिये जिनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाव्य प्रति संसाम करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहावता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कांकर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संसाम  RE CATAMAT  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अस्य स्वेंत्र का जाम।  NAME of OTHER SOURCE अस्य स्वेंत्र का जाम।  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रानी  |  |                               |   | +                    |   |               |  |  |
| सहाबता के लिये जिनित आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसाम करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  "BRANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य केते हेतु केई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य केते हेतु केई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का जाम  |  |                               |   |                      |   |               |  |  |
| सहाबता के लिये जिनित आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसाम करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  "BRANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य केते हेतु केई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य केते हेतु केई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का जाम  |  |                               |   |                      |   |               |  |  |
| सहाबता के लिये जिनित आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसाम करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  "BRANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य केते हेतु केई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य केते हेतु केई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का जाम  |  |                               |   | -                    |   |               |  |  |
| (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप्य प्रति संलग्द करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्द अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्द  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को होतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE अग्य स्त्रीत था। विभाग प्रति संस्त्राच्या राली  |  |                               | BASIS for REQUESTING<br>सहायता के लिये वि                   | ASSISTA<br>नित आधा   | NCE (Tick whichever is  | applicable)   |  |  |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किनती का उद्देश्यः  Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉकरा से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलगन  AE - (atantiff  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अग्य संबंद्ध का नाम  | (Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र   |                               | (Attach Certificate Copy)<br>अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र       |                      | (Attach Copy)<br>उपमोक्ता कार्ड   |               | Basis/Proof  |  |
| सहायता हेतु किये गये बिनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताला/डॉकर से आरी की गई अतिवेदन सूची संलान  RE - (atana) में  E- (atana) में  Assistance Being Availed for SAME "PURPOSE" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of Other Source अन्य स्त्रोत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राजी  | (प्रमाण पत्र को छान्य प्री   | त सलग्न कर।                   | GRAND OF MY CHARLESTE                                       | 27/22/               | With 2 Up to Exervice   | MANUAL STREET |  |  |
| अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलान  RE - Cataract  LE - Cataract  Cataract  LE - Cataract  Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उत्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of Other Source अन्य संत्रीत का नाम  RE - Cataract  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from Other sources  इस उत्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  Sr. No.  अम्य संत्रीत का नाम  RE - Cataract  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  ली गई सहायता गत्री   |  |                               |   | तु किये ग            | ाये विनती का उद्देश्यः  |               |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य संशेष का नाम  अन्य संशेष का नाम   | 0.455.037.056.0  |                               | 3   |                      |   |               |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संक्रीत का नाम अंति का नाम   |  |                               |   |                      |   |               |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत भा नाम अन्य स्थोत भा नाम ली मई सहायता रही  |  |                               |   |                      |   |               |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संक्षेत का नाम अति का नाम   |  |                               | LE  | _                    | Catan   | 40+           |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम स्थित का नाम   |  |                               |   |                      |   |               |  |  |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम स्थित का नाम   |  |                               | Cura-e  | nu -                 | TED.  | - 320         | STPMMA   |  |
| इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम  अन्य स्त्रोत का नाम  ही गई सहायता राजी  |  |                               |   | 1                    |   |               |  |  |
| इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राजी   |  |                               | (10)  | V                    |   |               |  |  |
| इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राजी   |  |                               |   |                      |   |               |  |  |
| Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सम्प्रसंख्या अन्य स्थोत का नाम सिवाय स्थाना राजी   |  |                               | ASSISTANCE BEING AVAIL<br>इस उद्देश्य के हेत कोई            | ED for SA<br>अन्य सह | ME "PURPOSE" from<br>यता किसी अन्य स्त्रोत से   | OTHER SOURC   | ES   |  |
| 99,000   |  | NAME of OTHER SOUR            |   |                      | and and the state of the state |               |  |  |
| The state of the s |  | ARC                           |   | 4                    | 27  | 100/-         | ya ne delima dan   |  |
|  |  | din                           |   |                      | 100   |               |  |  |

# DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा योगमा 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.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कब्बर असाय पाया जाता है तो मेरी महापता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राहिर "कॉरिसका फारान्टेशन", से स्त्री जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस चीरा का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो परिचय में लूँग।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक द्वारा करार)

- 1) By affusing 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 हस्ताधर 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, यता, फोटो और जो निवास इस प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रतारित करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकपार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाज्यकारी होगाः

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अरवेदक के हस्ताकर या अंगूठे का निरातन



### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पतान 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.

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, इस्तक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफर्डीश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोठ से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" हो गिफारिस/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा मदद इंदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेंदु मन्तुर नहीं किया वाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधन रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंदु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का नामप्राण एक स्थाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अधिकार के मार्ग कार्मिया रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

|  |  | ED FOR ACCEPTE<br>के लिए संस्तुति | NCE \  | Administrator |  |  |
|--|--|-----------------------------------|--|---------------|--|--|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>10/00/24 | OR, PRAVEEN S! MBBS, DNB, OPHTHA (Name of Dr. 是 Reglion 14/11) Stamp 高時代 新 清明地 新田田北京 北京 Dete | MOLOGY                            | (Name, Designation Ostamber Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ খং ৱংশনাল অধিকৃত অধিকাৰী |               |  |  |
|  | FOR INTERNAL USE of KOSI   | HIKA FOUNDATION                   | । आन्तरिक टप   | योग हेत्      |  |  |
| SIGN   | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यामी हस्ताक्षर 2   |                                   |  |               |  |  |
| 5  | fugel  |                                   | ٤  | ill_          |  |  |