VRN-C-22-10-0462

#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION No. : foundation APPLICATION DATE : आवेदन संख्या : 10/22 Building black of life आयेदन तिथी NAME of APPLICANT : AGE-YEARS SIM-UT Mavati आधेरक का नाम SEX fem FATHER'S/SPOUSE'S NAME : eccepal पिता/कटुम्थ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता tan, Deeg, Rust Rhagastus Porcep Posto Karathani 321203 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता ahere OCCUPATION : व्यवसाय MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलान) PAN No. स्थाई खावा संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (खे मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Yes / No हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) क्रम संख्या Gender परिवार के सदस्यों का नाम Relation with Applicant उस (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध Mahendria 14 Hustonal 00 703 Ч ЛΙ BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) Ration Card गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र Any Other (Attach Copy) अस्य आप धर्म प्रमाण पत्र Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। अन्य कोई सास्य "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनेदन सूची संलग्न atamo ntariant UTTOFFILE ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी 1122 foundation

00.08 m

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

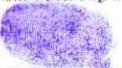
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & onguliable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this 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, for which this assistance is requested.
- 1) में बोपण करता हूँ कि इस प्रान्त में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा
- 2) में द्वारा जो सहस्तता राशि "कोशिका फाठन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आवेगा, जो इस प्रक्रम में भरा गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शांत का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोळिनयोजक/बीया कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की खाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फांटो और यो विवाल इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवस् त्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस बात से लहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सर्व्य में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आधेरक 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 & 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका काउन्टेशन" से वितिय सहायता हेडु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काते है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन"

से निफारिश/बिनीत उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत ऑशिक/सकत हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्प्तात किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साथन से सहायता लेने का आधकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्तेशन" में तो गई महायत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह चा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाब रोगी एवं हस्पताल में दी की विवय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरका और आने को सांगे जिम्मेद्दार की एवं कम्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मूमिका चा जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# होगों और "कोशिका" को कोई भूमिका च जिम्मेदारी इस मामल में नहीं होगा। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Dr. NISHAMADAV

pate of Surgery
अपिरेशन को अधि

MBBS, DNB Ophthagaelogý
Reg. No. - 8937
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि: न.

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Mospital) নাম ব ঘুৎ কুমোলাল অধিকৃত্ত অধিকাৰী

### FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 प्रिक्ट