(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE : 13 Building block of life APPLICATION No. : 10/22 आवेदन हिथी आवेदन संख्या AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX feen NAME of APPLICANT: Ramprasad आवेरक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Kestar Dev पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Joseph Mun Jon Nagula mursan Vagua Hathnal, U.P. 204213 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता same as above OCCUPATION: MARBIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) meanblogo (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 320001- (Family) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई 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 सम्बंध उम्र (वर्ष) 使拍 कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम white 74 Kim Ua 11 100 00 Daughtenin Veelagan BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card **EWS Certificate** Any Other (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की धाया प्रति संलग्न 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/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या ota mac-ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेव 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 अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या 2000/-DRCS

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पत्र:

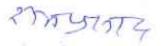
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which s
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employedinsurance company, or for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन अस्तय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेंतु यह प्रार्थना की गई है, उस गाँश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य धोतः/नियोजक/बीमा कस्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य 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 छाप लगाकर, मैं (आवेषक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एडम् न्वासी, दान, याबनाऱ्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से इसारित करने के लिए अधिकृत है। भेरे प्रथव का विवरण भेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा ताम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके ऱ्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताधर 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:

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

हमारे आधिकृत, इस्ताक्षरों की ओर से मामलेपोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्तीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तभान और न ही भविष्य में विशिय सहावता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिस/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहावता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्प्ताल द्वितीय मदद उका रोगी/भागले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कांशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल हैं। 2. "कांशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल हैं। के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की रहती जिल्ह्यारी हैनी एवं हस्पताल

को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

MISHA YADAN S. DNB Ophthamology

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व वि. न ime (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पुर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2