(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभात) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE: 13 10 APPLICATION No. : Building block of life 22 022/07-96 आवेदन तिथी आवेदन संख्या : SEX तिंग AGE-YEARS अप- वर्ष NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 66 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Sharanlal पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Symphia Hathnal, U.P. 204213 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता nbove ame as OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Shebkeaper **व्यवसाय** (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 6000 (आव का साध्य मंलग्न) कुल वार्षिक आय 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 / नहीं 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 उम्र (वर्ष) लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** Any Other Basis/Proof **EWS Certificate** (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) उपयोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (ध्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र भी धाया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र को छावा 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 क्रम संख्या a tarract warant EICS+ PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लो गई सहायता रासी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या 2000/0 DRCS

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 suc. was 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 company, of bi, for which this assistance is requested.
- 1) में कोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। मदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहापता निसन्त की जा सकत्
- 2) भेरे द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेसन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेत यह प्रार्थना की गई है, उस गति का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत-नियोजक/बीम कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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 प्रपन्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगरे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पृष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता. कोटो और जो जिवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचन/या रूसरे उर्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रशासित करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रपन्न का विकरण मेरे इसाज के पहले वा बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेरन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाग्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हरताका या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इसलास 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 अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/गेणी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार फरते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में विशिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका काउन्टेशन" में मिफारिश विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेत कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिकासकल हेत मन्तर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था चा किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उवत गेगी/मामले डेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं शेगा/शेगी।
- 2. "कंशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायक केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा ची गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चनान रोगी एवं हस्यताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई धरिका या क्रियोदारी इस मामले में नहीं होगी।

| | | | Moll a che Ca |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | DED FOR ACCEP के लिए संस्तुर्ग | TENDE |
| Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/10/22 | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) | | Administrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (সাধাৰ মুক্ত হিন্দাল অধিকৃত্তি অধিকাতী |
| | FOR INTERNAL USE of KOS | HIKA FOUNDATI | ON आन्तरिक उपयोग हेत् |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर । | | | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2 |
| Safangel | | | lile |