VRN-C-24-11-0244

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE : 0 / Building black of life. APPLICATION No.: आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आय-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Gyasinam पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Cagn Sartas, mathera, 28120 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कल वार्षिक आय (आय का साध्य संलान) 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 Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BFL Card **EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र को छाथा 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 Catarac Codanart ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लो गई सहायता ग्रशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या DBCS 2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोपणा एक:

- 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 as 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 such as 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 the arm for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवश्ण मेरी जानकारी के अनुसार मत्य एवं साड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्तर पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहायक्ष एकि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगा, जो इस प्रकार में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्नायता होतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवनेषक 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.
- ।) इस प्रमय पर अपने इस्ताधार या अंगठे की छाप लगाकर, में (आमेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोर्ट और जो विवरण इस प्रपत्र में बोकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, कामना/बा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमार माध्यम से प्रसारित करने के लिए आधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व ऱ्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवाण जो कि सहायता के उन्देश्यों से झर्चित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एउम् उसके नामियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आधेदक के ग्रस्ताक्षर या आंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हारा करार)

By affixing berounder, 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 Hespital 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.

हमारं अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले येगी को "कोक्षिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- वह कि न तो वर्तमान और न ही घाँक्य में वितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से तकत रोगी/यामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्थता विनति आंशिक/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 अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- "कांशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी प्रमं हुन्यू के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरमताल में रोगी के इलाज सुस्था और आने जाने की सकी किम्मेदार सन्धे की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Adr. st. frata स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

(Name of Dr. & Regn) No. with Stamph 924 डाक्टर का नाम व हस्तामर वे राज न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ३