## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 11/12/24 APPLICATION No. -आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX firm NAME of APPLICANT: Bacheny आवेदक का नाम 68 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ramsaran पिशा/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान जाबासीय पता Maglafarm, Bazana, Bajana, Preof Chhada , Hust Mathura, U.P. 2814व Same as above OCCUPATION: (MARRIED (Patifila) / UNMARRIED (अविवाहित) **व्यवसाय** TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाला संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (ओ मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्य परिवार के झदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध WAF moda K 6 moundy Son 28 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपयोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रयाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की सत्या प्रति संसन्त करे। (प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति मंतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract Catarac+ ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतृ कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED St. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या 2000/1 ARCS

## DECLARATION by APPLICANT: आगेरक 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 & 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 घोषण भरता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी आवकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पत्या जाता है तो मेरी सहावता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गाँत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की नई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बोमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में सुँगा।

## 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.
- () इस प्रयह पर अपने इस्ताब्ध या अंगड़े की छाप लगाकर, में (आनंदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और वो विकास इस प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, साचनान्या दूसरे उन्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंशक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिथ और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधा या अंगूठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (NEUMA gro wor)

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.
 The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in hature. 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 आंधक्त, हस्ताक्षये की ओर से मामले/ग्रेगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे तम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो अविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त ग्रेगो/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिप्पारिश्विती। उस्त के सम्बंध में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायदा विनति आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहायदा लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि 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 फाउन्टेशन" में सी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का भुनाव रोगी एवं हस्पताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज मुखा और आने वाने कुन्सिए तेयी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धुनिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपरेशन को वारीख DEAST MANUSH (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp), DNB (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp), DNB (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp), DNB (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp), DNB (Name of Br. & Regn. &

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यासी हस्ताक्षर 2