APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) oundation APPLICATION DATE: 16 APPLICATION No. 1 12 आवेदन संख्या : आवेपन तिथी AGE-YEARS आय-वर्ष NAME of APPLICANT : SEX Rein Lacho आवेरक का नाम 68 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ramyaras ad पिता/कटुम्थ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता croverdhan 65, Ganthali chanvann Pereap Mathura, U.P. 2815 02 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्याद आवासीय पता ame above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home maker TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) Sacrol- (Family कुल वार्षिक आय (आय का साक्य संलग्न) 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 / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Name of Family Member Relation with Applicant Sr. No. Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग दिक के साथ सम्बंध al alz 66 Shan Kalua crama-a स्यव BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को लिये विनति आधार **EWS Certificate** BPL Card Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof तपभोवता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की सापा प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की छावा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र भी कामा प्रति मोलस्न भरे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न क्रम संख्या Cataract Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लो गई सहस्यता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या 20001 A) BCS

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा पोपणा 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 assistance, if any, 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 assistance 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 amount for which this assistance is requested.
- मैं धोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सकी है। यदि कोई विवास एवं काम असत्य पाया जाता है तो मेरी महत्यका निरस्त की जा सकती है।
- में द्वार को बसायत गाँग "क्रोशिका फरटच्टेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायदा होतु यह प्रार्थन की पूर्व है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में न्या।

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/schievements. 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 प्रथा पर अपने हम्ताधर या अंगठ को ग्राप लगाकर, में (आवेरक) अपनी सक्षमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोलिका फाउंडेरन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, प्रोटे और जो विकास इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोरितका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- मैं (अवंदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटे और विकरण भी कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगाः

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हम्ताका या अंगृते का निरान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing bereunder, 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 ऑपकट, हस्ताक्षरी को ओर से मामलेरोगी को "कॉशिका फाउन्होंगन" से वितिय सहायता हेतु निकारिश की खती है, जिसे हम (हस्पतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो परिषय में वितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" सं सिफारिक/विनति उत्त के सम्बन्ध में "कोशिक। फरउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑतिक/सकल हेतु मन्बुर जही किया जाता है तो अस्पत्रल विकारी अन्य पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंबु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2 "कोशिका फाउन्डेशन" से स्टे गई सहायता क्षेत्रल विटिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाह था किये गये दथवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी प्रवाहसीतिल 💴 🕻 के बीच का विषय है और "कोशिका जाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की आफे उन्मेदारी रोगी की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या क्रिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की अरीख

(Name of Dr. & Regn. No. ville Sharke) 69924 डायटर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

Van Dist Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञान्तरिक ठपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2