(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE : APPLICATION No. : आवेदन विधी 20-0/-2023 आवेदन संख्या : 0133 AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX PHT NAME of APPLICANT: आवंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कदम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Teho- Tipsea. Mage-Preop 3014 Kajasthan-PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 1089 ahove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) HOMP Makes व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आव 50,000 (NA PAN No. स्थाई खाता संख्या PAN No. ম্বার্ট আলা মাজনা ১০০০ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां /(नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Name of Family Member Gender Relation with Applicant Sr. No. क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) िलंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छादा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साया प्रति संसान करे। (प्रमाण एव को छाया 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 सुची संलग्न क्रम संख्या CATARACT DIGGYNDSI SENTLE SENTLE CATARACT ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्थोत का नाम ली गई सहायता राशी कम संख्या Nill

DECLARATION by APPLICANT: आवेशक 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) मैं पोषणा करता हूँ कि इस प्रकर में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सभी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हारा वो सहायशा राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली वा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेश, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि निस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस द्वित का आरिक या सकल दिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोवक/मीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 घर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसको न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राम, साचना/पा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत अपने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इताज के पहले मा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंदेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से आधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनावा। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्स् उसके न्यासियों का निर्णय व्यक्ति वीपान और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवनेत्रक् भी हताहवार या अंगुठे का निशान R-T.

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल 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

In the matter.
हमारे अधिकृत, हस्तक्ष्मी की आंर से मामले/ग्रेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की खाती है, जिसे हम (हस्यवास) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।
1) यह कि न वो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उनत ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/विगति उनत के सम्बस में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका पराउन्डेशन" द्वारा सहायता विगति ऑरेशक/स्कल्त हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायता तने का अधिकार सुरक्षित रखाता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा थाता है कि अस्पताल द्वितीय गदद वस्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका काउन्डेशन" से तो गई सहायता केवल विदिय प्रकृति को है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के मीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ग्रेगी के इलाव सुरक्षों और आने वाने की छारी विम्मेदारी ग्रेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति CHARAN MASSEY Date of Surgery Cr. WAFI ANSARI Administrator MIS (OPHTHAL) Name Designation & States of Authorized Signatory on behalf of Hospital) Regulate of Dros Geraglio with Stamp) नाम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञान्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2