C-23-01-0803

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION No. : APPLICATION DATE : आवेदन तिथी २५-०|-2023 आवेदन संख्या : 0123 AGE-YEARS STIT-TH BEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कट्म्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता ()Mxen Alwex Village -Preop (Rajasthah-Sukhaha 1104 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home Maker व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय 50,000 (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / नहीं बचा आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग 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 उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की संख्या प्रति संख्यन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न MOGNOSIS CATARACT SICS WITH PMMA DROESS ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई जन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गर्ड सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम Nill

DECLARATION by APPLICANT: अगलेश्व द्वारा भोषणा 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.
- 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.
- 1) में चोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं साड़ी है। मिर कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हारा जो सकायता गांत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा सति है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकर में घर गया है।
- में पुष्टि करता है कि निया तहायवा हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेदक द्वारा फरार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & euthorise 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 पर अपने इस्ताधर या अंग्रे की छाप शायकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रॉशिका काठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेग्र नाम, परा, फोटो और जो निकरण इस प्रपत्र में बोहित है, उसे "क्रोशिका" एवम् न्यासी, रान, पावना/या दूसरे उर्देश्य से जुड़ी गठिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तर माध्यम में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "क्रोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहायता के ठर्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय करीतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इस्ताधर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPRINE BY WIT)

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.

हमारं अधिकृत, इस्ताधरी की ओर से मानले/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से विशिष सहायता हेतु सिफारिश की काती है, जिसे हम (इस्लाल) निन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उनत रोगी/मामले में होंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उच्छ के राज्यभ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परद हेतु कि है। भिर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गार उन्छ रोगी/मामले हेतु किसी

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

2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह था किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

को होगी और "कोशिका" को कोई भृतिका या जिस्सेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** CHARAN MASSEY
Name, Perlanellor Stamp of Authorised Signatory MAS (OPHTHAL) Rag. No.-DMC/93199 Dr. Shroffs E अभ व पर हस्पतिल अधिपत अधिपत अधिपत (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न. आन्तरिक तपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 यासी इस्तावर ।