## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION DATE : 07 APPLICATION No. : **Building block of life** 011 आयेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS STITE-TH SEX लिंग aran Singh NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता New Magd basti nn Rreop Post of madeun Dustt- A gon U.P. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवीसीय पता above Same as OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ध्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आव (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आव कर राख है (जो 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 कम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध शिंग Madhy 66 74 30 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card **EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की साधा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति मंतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract Catamot E-ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राजी क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम ABCS 2000/

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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.
- में थांपण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को जा सकतो है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की यह है, उस ग्रांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोळ/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अस्पेदक 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 प्रयत्र पर अपने इस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहप्रति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका कार्यक्रेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा गाय, पता, प्रतेश और जो विकास इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोतिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुढ़ी गतिकिथियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोतिका कार्यक्रेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) 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 "कॉशिका" एतम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेटक के अस्ताक्षर या अंगूडे का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 δ 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

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.

हामारे आंधक्त, हस्ताकारी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्तातल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो प्रविच्य में बितिय सहायता किसो गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

हो सिफारिश/विनीत उक्त के सन्वय में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्थातत किसो अन्य श्री स्वार्थ का प्रविच्या या किसी अन्य सम्बाग से सहायता लेगे का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्थातल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फावन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FO	संस्तृति 🔃 🗸 🗸	YAN DANISH
Date of Surgery ऑपरेशन की सरीख व्हिंगि २ 5	DND GPM HALMOLOGY  No. 974/5  No. 974/5		Hospital)
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	UNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताकार ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
E	Sofungel	liet E	_