APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देशामाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE 3-03-2024 Building block of life. APPLICATION No.: 5/0324 आवेदन मेंहण : आवेदन तिबी AGE-YEARS SHY-W SEX firm NAME of APPLICANT: आवेदक का माम or Ryahma Dutt FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्प का नाम 🗸 🔾 My Chauhal PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता souse no. PHEOP POST OP ahayaha Hadech, BHARMA Dutt (1229) PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई आवासीय पता camp acabove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) about अववसाव TOTAL ANNUAL INCOME: 39,000 (Attach Proof of Income) NA बुल वार्षिक आग (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या /V A ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या अरुप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 图 人理 FAMILY DETAILS परिवार विकाण Relation with Applicant Name of Family Member Gender Age (Years) क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ग) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनात आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) BPL Card Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपमोक्ता कार्ट गरीबी रेखा के गीचे प्रमाण पत्र आप आप को प्रमाण पत्र अन्य कोई सारुग (प्रमाण पत्र की कापा प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संसान करे। / प्रयाण पत्र की कावा प्रीत गीलान करें। "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 संख्य RF - ASPLINO PHACIC Centre Cataract -SECCIALITH PIMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. अन्य स्थोत का नाम शी गा सहायता राशी क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक द्वारा भोगणा पश्

- 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 8 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 पोधणा करता है कि इस प्रकृष में दिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय घाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्वता राशि "कॉशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका टरमोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेश, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पमी से न ती तिथा है और न ही धतिथ्य में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (30454 DO WAR)

- 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमाति को पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोतिका फाउँडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाय, पता, फोटो और जो विवास इस प्रयत्न में भीषित है, उसे "क्रोतिका" एवम् न्यासी, दान, याधनाध्या दूसरे उत्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यप्र से प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहापता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" ध्यम उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (SPINISH EN WATE)

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

2) The assistance from Roshika Foundation is only imprical 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, इस्ताक्ष्यों को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (इस्पतास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार फाउन्डेशन"।) यह कि न तो अनेशन और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य कोत से उक्त ग्रेगी/पामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "फोशिका फाउन्डेशन" से संस्थारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाग्र पदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हाग्र सहायता किसी अन्य किसी काशिका का किसी अन्य सन्तर्भन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्थार कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उनत ग्रेगी/पामले हेतु किसी ग्रैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "क्षोशिका फाटन्टेशन" में ली गई सहायता कोवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पवाल हुना दी गई सलाह या किये गर्प प्रप्तार/क्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "क्षोशिका फाठन्टेशन" हाए किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्षोशिका" की कोई प्राप्ता या विष्मेदारी इस मामले में नहीं झेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Dr. Parshant Singla **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख Reg. No.-109232 Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताबर 2



NO Charles house in 188. For years, April 2014, Tel Hearth, April 2015, Child House, 18 (1915)

3958 8093 8653

SHEET OF STREET OF STREET