| APPL   |                                   | ORM FOR ASSISTANCE<br>तू आवेदन प्रारूप   | (Health<br>(स्वास्थय                         |   | Koshika                                     |
|--|-----------------------------------|--|--|---|---|
| APPLICATION No. :<br>आवेदन संख्या :  | M 03                              | 25/1254  | APPLICATION DATE :                           | 13125   | Building black of life.                     |
| NAME of APPLICANT :<br>आवेदक का नाम  | Raj                               | kuman  | AGE-YEARS HI                                 |   |   |
| FATHER'S/SPOUSE'S N  |                                   | 7  | 0  |   | AND ESTATE SHOWING                          |
| पिता/कटुम्भ का नाम   |                                   | PRESENTE ESIDENCE ADDRESS  | वर्तमान आवासीय पत                            |   | MEN DOCUMENT                                |
| narday   |                                   |  |  |   | PALLOT DO 1                                 |
| Khen   | Utte                              | M Priodith-  | 262701                                       |   | Posto                                       |
|  |                                   | ERMANENT RESIDENCE ADDRESS   | ः स्थाई आवासीय पता                           |   | 100   |
|  |                                   | ome as a   | thoul  |   |   |
| OCCUPATION:  | 0                                 |  |  |   |   |
| ञ्यवसाय  | tarin                             | un   |  |   | / UNMARRIED (अविवाहित)                      |
| TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of कुल बार्गिक आय  |                                   |  |  |   | come)                                       |
| PAN No. स्थाई खाता संख   | 741                               | 1000   |  | *****   |   |
| ARE YOU AN INCOME T  | AX ASSESSEE                       | (Tick whichever is applicable):<br>स. पर. सही का निशान लगाये।  | Yes/No<br>श्रा/मा                            |   |   |
| क्या जान जान कर पंछा ह   | Mat Hill Di C                     |  | MILY DETAILS परिवार                          |   |   |
| Sr. No.  | Na                                | me of Family Member  | Age (Years)                                  | Gender  | Relation with Applicant                     |
| क्रम संख्या  | AA                                | रेवार के सदस्यों का नाम  | তম (বৰ্গ)                                    | fein M  | आवेदक के साथ सम्बध                          |
| 0  | 11.10                             | 4  | - Vo   |   | 24015                                       |
|  |                                   |  |  |   |   |
|  |                                   |  |  |   |   |
|  |                                   |  |  |   |   |
|  |                                   |  |  |   |   |
|  |                                   |  |  |   |   |
|  |                                   | BASIS for REQUESTING ASS<br>सहायता को लिये विनति   | SISTANCE (Tick which                         | ever is applicable)   |   |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को सामा प्रति मंलग्न करे। |                                   | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की स्नाय प्रति संलग्न करे | Ra<br>(Att                                   | stion Card<br>tach Copy)<br>भोवता कार्ड<br>। साथा प्रति संतप्त करे। | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई सक्ष्य |
| 7  |                                   |  | REQUESTING ASSIST<br>केये गये विनती का उद्दे |   |   |
| Sr. No.  | _ ^                               | riptions Attached  |  |   |   |
| क्रम संख्या  | DUDAN                             | ्रिया /  | ाल/बॉक्टर से जारी की ग                       | ह प्रातवदन सूचा सलग्न   | Catanast                                    |
|  |                                   |  |  |   |   |
|  | Ut Maile Catarialet               |  |  |   |   |
|  |                                   |  |  |   |   |
|  |                                   |  | 4  |   |   |
| 9  | swary HE SICI WITH PLANE IEN CAMP |  |  |   |   |
|  | /                                 |  |  | ***   | T 1/935                                     |
|  |                                   |  |  |   | 1000  |
|  |                                   | ASSISTANCE BEING AVAILED fo  | or SAME "PURPOSE"<br>। सहायता किसी अन्य र    | from OTHER SOURCES<br>बोत से लिया गया हो?                           |   |
| Sr. No.  | NAME of OTHER SOURCE              |  |  | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED                                  |   |
| क्रम संख्या  |                                   | अब स्वांत का नाम   |  | ली गई सहायता यशी  |   |
|  |                                   | 700  |  | 2 000   |   |
|  |                                   |  |  |   |   |
|  |                                   |  |  |   |   |

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कांगणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise 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 its 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 पोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये तये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सारी है। यदि कोई विकाण एवं कथन असस्य पामा जाता है तो मेरी महापात विरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सतायता दिश "कोशिका फाठन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग तसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस फ्रक्त में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोट/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही परिषय में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवदेश द्वारा अंगर)

- 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 प्रपत पर अपने हालाक्षर था अंगडे की छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चम, पता, फोटां और जो विवास इस प्रयत्न में चोषित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, राम, याचना/या दूसरे उद्देश्य में जुटी यांशिविधियों और उपनिकायों के लिये किसी भी प्रसार याध्यम से प्रसारित करने के लिए "कांशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 3) मै (आयेश्क) इस बात से सहमत हैं कि मंश नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "काशिका" एवम् उसके न्यासियां का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

- Lot of bot

### AGREEMENT by HOSPITAL ( (EXPRING THE WORL)

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, हस्ताक्षरी को और से मामले/संगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफरीश की आती है, जिसे हम (हस्तातत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

  1) यह कि न तो वर्तमान और न हो मधिका में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान मा किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले खे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिक/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा महायता किसी अन्य सन्तायता है वो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायता से सहायता लेने का अधिकार मुर्गका रोगी इस पृष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन में नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायदा केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा री गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं इस्पताल के कीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलियं इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने कोने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# Date of Surgery आपरेशन को लिए सेंग्स्तुरित Dr. University Eye (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ज्ञान्तर का नाम व हस्ताकार ॥ रखि. च. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताकार । SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकार । SIGNATURE 2