#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE 27-03-2023 Building block of life Al 0323/ आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कट्मम का नाम Bhalan PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता VIRGIE-Disto Always Berla · Ch. 12070 . 0 Preop Rajasthan - Boly11 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Prito Bai 1269 above OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home व्यवसाय Maker TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) SSOLOT (Family) कुल वार्षिक आप (आय का सास्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No हां नहीं क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) Any Other Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पतास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न DIAMOSIS RE-SENITE CHIARRO 3 Sur ery - RE- SICS WITH PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्य अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशी Nill

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 essistance, 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 धोषणा करण हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सठी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायता गांश "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी डरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में था। गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि निम सहायता हेतु यह प्रार्थना की यई है, उस राशि का आसिक या सकल तिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से व तो लिया है और व ही चांबच्च में लिया।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक क्राय करतः)

- 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 fuffilment 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 प्रचय पर अपने इस्तासर या अंगते की साथ लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रथम में मोशित है, उसे "क्रोशिका" एवम् न्यासी, ग्राम, पासना/मा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी थी प्रसार माध्यम से इसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस चल से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसको न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाज्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रस्ताधर यह अंगूड़े का निशान



# AGREEMENT by HOSPITAL (EXTERN SHE WOR)

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, हस्ताक्षणि की ओर से मामले/प्रोगी को "कोशिका फाउन्होशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्तवाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काले हैं।

1) यह कि न तो वर्तकान और न हो भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होशन"
में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होशन" द्वार मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होशन" द्वार महायता विनित ऑशिका/सकत हेतु मन्त्रूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्वय्द कहा जाता है कि अन्यताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लोगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंचल किंतय प्रकृति को है। ऐगी पर हस्पताल द्वार ये गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव गेगी एवं हस्पताल के बीच का विश्वय है और "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा कियो प्रकार का बोई दखाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और उनने जाने को सारी जिम्मेदारी गेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" भी कोई चुमिका या जिम्मेदारी इस्र माइले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
Date of Surgery

Dr. WAFI ANSARI

27/03/23

MS (OPHTHAL)
(NRegt No. PEM (794) Slamp)
stace at 114 4 Statist 4 414 4

CHARAN MASSEY
(Name, Dasignation & Stamp of Authorised Signatory
on behind of Hospital)

Dr. Shroffs, Eye Hospitaliya (Marin)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग होत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

Enfungel

lite