APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE: 25 03 25 APPLICATION No. : Building block of life. 1290 आयंदन संख्या : आयेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX Tem NAME of APPLICANT : CONTAM आवेदक का नाम 43 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : spiadhar Singh पिता/कट्रम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Gamphin parti hisama 2 Aust Hathras, U.P. 204101 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as above OCCUPATION: WARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ab our व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) So ovol. कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही 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) आवेदक के साथ सम्बंध लिंग 4) 40 wite horse Som 2m Beer a 31 Daughterinhaw 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 गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपधोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संसन्त करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract Cartamact SIC FRAMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रांत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता ग्रशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या 20001 2000

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक द्वारा घोषणा पत्र:

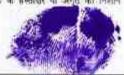
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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.
- मैं मोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवस्था मेरी जानकारों के अनुमार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवस्य एवं करान अमृत्य पाया जाता है तो मेरी महायदा निरस्त की का सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहस्रका राजि "कोशिका फाउन्हेंजन", से ली जा खो है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्वि के लिये किया जारेगा, जो इस प्रकृष में घरा गया है।
- मैं मुच्दि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस ग्रांश का भाशिक गा सकल हिस्सा किसी अन्य शांत/नियोजक/बीया कम्पनी से प तो लिया है और न ही प्रविध्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनेदक द्वारा असर)

- 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/pul-uc/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 Truslees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने ग्रस्ताकर या अंग्रेट की रूप लयाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और यो तिवस्य इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विधरण मेरे इलाज के पहले या बाप में करने के लिए "कोशिका फाउड़ेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्मों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगूरे का निशान



गैर घरकारी संस्था वा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

AGREEMENT by HOSPITAL ((sense gitt mit)

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:

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.

अमरे अधिकृत, इस्ताक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विनिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्स्पाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय महायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उन्ता रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनित उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा स्वतीत ऑस्क्रांस हेतु मन्दूर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य में सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से जहायता लेने का अधिकार सुरक्षित है। इस दृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उका रोगी/मामले हैतु किसी
- 2. "कोशिका फाउन्हेंशन" से ली गई सहायता केंबल विहेदय प्रवृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रीकृपा का चुनाव रोगो एवं इस्पताल

DR. PRAVEEN SEN SHAMECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

M33S, DN3, OPHTHALMOLOGY

अपिशन को तारीख

26/03/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व राज्य च

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ऱ्यासी हस्ताक्षर 2
Exfungel	lic 1 E