#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE: 06/02/23 APPLICATION No. : Building block of life 1432 आवेदन संख्या : आवंदन तिथी AGE-YEARS आयु-अर्थ SEX Rein NAME of APPLICANT: Ramal Singh आवेदक का नाम 60 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Sycawali Shyanawali. Calonia Perecop permanent residence address: equ signifiq qui came as above OCCUPATION: MARRIED (বিবারিন) / UNMARRIED (পবিবারিন) 2 about ध्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) 261502 कुल वार्षिक आय (आय का साध्य पंलयन) 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 परिवार के सदस्यों का नाम आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या उस (वर्ष) लिंग 56 Rannocoti. Wille 30 on M 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 प्रयाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संसम्ब करे। (प्रमाण पत्र की क्राया प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की छाया 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 प्रतिषेदन सूची संलग्न क्रम संख्या semile Catarac 1-Eenile Catarast SOE Sungen ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया ही? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्वांत का नाम DBCS 20000 10

### DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा योगणा पत्र:

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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 चोपणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सारी है। चिर कोई विवरण एवं कथन असत्य पाम जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता राति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया व्ययेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- मैं चुन्दि करता है कि जिस स्वान्तत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( SHEEKE ESS WEST)

- 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्त को साप लगाकर, मैं (आयेदक) अपनी सङ्ग्रीत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाथ, पण, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/चा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए आंधकृत है। मेरे प्रथव का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कॉरिंगका फाउडेंसन" व न्यानी आंधकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सक्षापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकं न्यासियां का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थपक के हस्ताक्षर था अंगृहे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल क्रम करा)

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 की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विसे हम (हस्वताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो यर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" में सिफारिश/विनति उका के सन्वध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महामता विनति आशिका/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो आस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस चुन्दि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय पदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सत्थन से नहीं लेगा/छेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता क्षेत्रल कितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पक्तल द्वारा ची गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एक क्रिकेटिंग्रेंटि के बीच का विषय है और "कोशिका भाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को बाँधे जिल्लासी की होगो और "कोशिका" की कोई धृमिका या वियमेदारी इस मामले में नहीं होगी।

### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

**Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख

DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with State) हाक्टर का निम व हस्ताधर व रहि. न.

sed Signatory (Name, Designation & Stamb on behalf of Hospital) नाम व पद हस्साल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी हस्ताक्षर !

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी हस्ताबर 2