APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) oundation APPLICATION DATE: 08/02/23 APPLICATION No. : V/0223/1452 Buttistian black of life आवेषन मंत्रया : आवेदन तिथी AGE-YEARS अापु-वर्ष SEX frin NAME of APPLICANT: Fatoma आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता hhatari, Chhadari, Banjaran. Postop Porecob BWarmeshaba, U.P. 2023 97 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आयासीय पता same as above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home maken ध्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) 440201- (Family) कुल वार्षिक आय (आय का साक्य संलग्न) PAN No. स्थाई साता संख्य 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 / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध 80 Jadarvak ! Husband M shal 32 son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनवि 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 वपभोवता कार्ड अल्प आप वर्ग प्रयाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र को सावा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Semile Catariart Senile Cataract LE-SICS + P.M.MA Swaen ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उन्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता ग्रशी क्रम संख्या अन्य स्वांत का नाम 10 DBCS 20001-

DECLARATION by APPLICANT: ADDER 200 100001 113:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application δ 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.
- 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.
- 1) में चोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। मीर कोई विकाण एवं कथन असल्य कथा जाता है तो मेरी महायता निरम्त को वा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सताबात शांत "कोतिका फाउन्टोशन", से ती जा रही है, उसका उपस्तेग तस्ते उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में घरा गया है।
- मैं चुण्डि करता है कि जिस सतायता हेतु यह प्रधीन की गई है, उस सांश का आंशिक या सकता किसता किसता किसता किसता कामानी से न तो लिया है और न हो धविष्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (STREET END WITC)

- 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 का अपने इस्ताक्षर चा अंगते की क्रम्य लागकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यसीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा सम, पता, फोटी और वो विवाण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कांशिका" एतम् न्यासी, यान, पावना/वा दुसरे उन्देश्य में जुड़ी गतियिथियों और उपलक्षियों के लिये किसी थी प्रस्त्र माध्यय में प्रस्तित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अवविषक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्नत: सहायता का हफदार नहीं बनाता) इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अदिव और बारवकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदन को प्रस्थापर या अंतुरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हमामान द्वार करत)

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

हमारै अधिकृत, इस्तावरों की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्टेशन" से कितिय सहायता हेंदु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्ताल) निम्म प्रकार से मान्य य स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो गर्वमन और न ही पांच्या में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी आग रक्षेत्र से उन्तर रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कॉशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनति उन्तर के सम्यय में "कॉशिका फाउन्टेशन" हार मरद हेंदू कि है। यदि "कॉशिका फाउन्टेशन" हार सहायता किसी आगितिक फाउन्टेशन" हार सहायता किसी आगितिक सम्यय में महायता तेने का अधिकार सुर्राक्त रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट बढ़ा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उन्तर रोगी/मामले हेतु किसी मैर सरकारी संस्था या किसी आग्य वापल से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉरिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं किया है। है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इल्यान सुरक्षा और आने वाने को प्रकृतिकार का कोई दमाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इल्यान सुरक्षा और आने वाने को प्रकृतिकार की होगी और "कोशिका" को कोई भूगिका या कियोदारों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Name of Dr. & Regn. No. With Starter

(Name, Designation & Stamp in Combrated Signatory on behalf of Hospital) ন্ম ব খং সালাল অধিকর অধিকর্মা

dministrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जान्सरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2

lite