## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE: 08/02/23 APPLICATION No.: V/0223/1455 Bulletine block of life आवेदन संख्या : आवेदन तिथी NAME OF APPLICANT: Shivkanya Devi AGE-YEARS आय-वर्ष SEX PHY आवेदक का नाम 52 F FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Bhale पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान जावासीय पता Tilla Guz, Kairkashamki, kneap Postob U.P. 212218 Tillyapur PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता same as above OCCUPATION: MARRIED (विचारित) / UNMARRIED (अविचारित) Home व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 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 आप 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 सम्बध लिंग Dharmeal 55 Husband 11 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 Basis/Proof (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के मीचे प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाम पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संसन्त करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति मोलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Semile Catanal RE semile Cataract PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहस्यता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या DKCS 2177721

## DECLARATION by APPLICANT: अध्येत्व द्वारा प्रेमणा पत्रः

- 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, svail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 15 में प्रोचणा करता है जि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार साथ एवं सड़ी है। चाँद भोई विवरण एवं कामन असस्य पाया जाता है तो मेरी स्वापका निस्त्व की का सकती है।
- 2) मेरे इस जो सहायता राति "भौतिका जानजंत्रान", से ली जा सी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेश, जो इस प्रारूप में बस एस है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि विश्व सहत्वता हेतु पर प्रार्थना की गई है, इस सीए का आधिक था सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोठ/नियोजक/बीच कामनी में न तो तिया है और न ही शक्षिय में लुँथ।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेषक द्वारा करार)

- 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताबर या अंगते की बाप एरायकर, में (आवेरक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउवेशन और उसके आसीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फाइ, कोटो और जो जिनरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" कृषम् न्यासी, दान, वाचनश्या तूसरे उर्एरेशन से लुडी गीतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसातित बारने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का विचारण मेरे इलाज को पक्षते था बाद में करने को लिए "कोशिका फाउजोसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (ऑबेएक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देशमें से प्राचित है यूप्रे उन्तर सहायता का हकारार जो बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यसियों का निर्यय अतिव और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्थरक में इस्ताधर या अंगृते का विद्याप

## AGREEMENT by HOSPITAL (该中语言 副中 年刊)

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 Koshike Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अभिकृत, हस्तकारी की ओर से मामलेरोंगी को "कोशिका फाटमोशन" से वितिय स्तायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काले हैं। 1) यह कि न वो मर्तनान और न में पश्चिम में मितिय सहायता विशी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उधत ऐगी/मानले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" में सिरवर्रीसा/विनति उन्ह में सम्बंध में "बोशिका फाउन्टेशन" हारा मध्द हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सहायता जिनति आर्थिका प्रतानिक स्थापता है तो अस्थाता किसी अन्य में। सरकारे संस्था या किसी अन्य सन्तापन में सहायता लेने का अधिकार सुरविध रखता है। इस चुंधि में प्रपट वहा जाता है कि असनताल दिलीय पदर दक्त रोगी-पामले इंत किसी मैर सरकारी संस्था था जिस्से अन्य स्थाप से नहीं शेगाशोगी।

2. "बॉलिका प्रवन्तीतन" से तो गई सारपता क्षेत्रम बितिप प्रकृति की है। सेनी पर हस्पताल द्वारत दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव सेनी एखूँ को मीच का निवम है और "कोशिका काड-देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्ष और अले वाने की प्रकार का की होगी और "कोशिया" जो फोर्ड चुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन को गार्रस

SIMPAT CHANDI MBBS, MS 48540 (Name of M. & Regn: No. With सक्त का निमा के समास्त व शहे विकि)

(Name, Designation & Stamp on behalf of Hospital) नाम व पर सम्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ज्ञान्तरिक ठपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्साधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

14/12/2022