## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखचाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 09/02/23 APPLICATION No. : V/0223/1458 आवेदन संक्ष्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX fein NAME of APPLICANT: Narayon Devi आवेदक का नाम 58 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Bhooch singh पिता/कदुम्थ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Monalla ramsinghtura some fest Sprice, Mahalla PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: TRUE STOTETH TO namsinghpura U.P. 207402 same as above OCCUPATION: MARRIED (Trailer) / UNMARRIED (affaulter) Hame व्यवस्था TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) SOUTH (Family) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नही क्या आप आय कर दाला है (ओ मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Age (Years) Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Gender उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बंध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम Husbonn 60 1. Radheshyam San 30 M 2. Suvam BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपमोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न 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 Cotavact Senile Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्थात का नाम क्रम संख्या 2000 DRCS

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा चौत्रणा 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 चौषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं भागों है। यदि कोई विवाल एवं कथन अस्तर्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कॉशिका काउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गर्द है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही धविष्य में लींग।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंग्रिट की क्राप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमाति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उससे न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्न में चोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय करिन और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगूडे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (हमपताल द्वारा करार)

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

हमारे अधिकृत, हस्ताकरों को ओर से मामलेरोगों को "कॉशिका फाउन्डेशन" से नितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हल्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व उचीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्डमान और न ही भविष्य में नितिय सहायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्केत से उक्त येगो/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन"

ये सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिहायता विनीत आशिकासकरत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्माताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता तेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस यूप्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

रैं। सरकारों संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेरान" से ली गई सहायता कंवल कितय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्प्रदान की बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेरान" द्वारा किसी प्रकार का कोई एसाव नहीं है। इसलियें हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की लाग क्यां क्यां हस्या की होगी और "कोशिका" की कोई भूगिका या जिस्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrato स्वीकृती के लिए संस्तुति DR SIMRAT CHANDI **Date of Surgery** MBBS, MS (Name, Designation & Stamp Authorized Signatory - 48540 (Narat of Dr. & Regn. No. with Stamp) ..... on behalf of Hospital) हाक्टर को काल करताला व रीव. न. नाम व पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2

14/12/2022