APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 17/03/23 APPLICATION No. : Building black of life आवेदन संख्या : आवेदन सिधी AGE-YEARS STIQ- THE sex film NAME of APPLICANT: आवेरक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Baignooth पिता/कटम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवसारीय पता Ol, Magheria, Past fait (Chaumuhan (Awal) Perecep Chaymuham, Dist. Mathura, U.P. 28/406 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याद आवासीय पता as above same OCCUPATION : MARRIED (FIRITH) / UNMARRIED (STRUTTEN) SCHERE TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) बुस वार्षिक आय (आय का सक्षय संसम्म) 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 / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. क्रम संख्या Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Gender परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध 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 आव वर्ग प्रमाण यत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की स्राया प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से आरी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्या ME-Catariac Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत 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 DBCS 2000

DECLARATION by APPLICANT: आयेरफ द्वारा पोत्रण पत:

- 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.
- 1) में चोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहारक्ता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इस जो महाबत एकि "कोशिका कातन्त्रेमन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भए गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि विस सात्रवत हेट यह जार्चना की गई है, उस सांक्ष का आंशिक या सकल किस्सा किसी अन्य खोळ/वियोजकाचीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पांचम्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHORE END WOR)

- 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 इस्ताक्षर या अंगरे को जाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विकरण इस प्रवत में मोवित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, माधना/ण दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित भारने को लिए अधिकृत है। भेरे प्रयत्र का विकास भेरे इलाज को पहले या बार में करने को लिए "कॉशिका फाउडोंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरफ) इस बात से सहसत हैं कि भेर नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहस्पता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्पता का ठकरार नहीं बनाता। इस सस्वंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय असिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेशक को हस्ताचर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (** FROM STU WOLL)

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 essistance 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, इस्तावरी की ओर से मामलें/रोगी को "कॉशिका फाउन्हेंशन" से वितिष सहामता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- 1) या कि न तो वर्तभान और न डी भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफारिश/विनीत उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डोशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डोशन" द्वारा महत्त्वता विनति आंशिक/मकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो आगताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्त रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आयताल द्वितीय मदद उक्त ऐमी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।
- У कोशिका पानचीन" से ली गई सहायता सोवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पणल द्वारा में गई सलाह या किये गर्व उपचार/प्रक्रिया का भुनाव रोगी एवं हस्पण्या के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को मार्र हिस्सामी राजी की उसलिये

की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ministrator स्वीकृती के लिए संस्तृति Dr. TANUJ GABA M.B.B.S., DNB (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाबटर की सम व हरताक्षर व रवि. न. नाम व पद इस्पताल अधिकत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग डेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख