APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखभाल)						Koshika
APPLICATION No.: V   03 23   1721				LICATION DATE :	24/03/2	
NAME of APPLICANT	w. 22		1.505	AGE-YEARS ST	यु-वर्षे SEX fe	
sides at the Mangeram				49 M		100 L
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्च का नाम	NAME: Sh	yam				10 -A
0.1.	1	PRESENT RESIDENCE	ADDRESS व	डमान आवासीय पत	1	PASTE PHOTO HERE
15 abm	mouri	chausal us	e you	a, kan	nan	Ricop Postop
1	Kamar,	Thirt Ma	ADDRESS: P	U.P. 3.	1403	
		Same as	abov	<		
OCCUPATION :	Lab	OLAD			MARRIEO	विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME					of of income)	
कुल धार्षिक आप		60001				ग्रह्म संलग्न) WA
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applical	ble):	Yes / No	0	
क्या आप आय कर दाता	है (वो मान्य हो उ	स पर सड़ी का निशान लगाय	ti	क्षां / मा		
25- No.	1 4		- The second sec	DETAILS परिवार	The state of the s	Delation with Applicant
Sr. No. ऋग संख्या	্য প্র	me of Family Member रेकर के सदस्यों का नाम	1 (	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender स्थि	Relation with Applicant आवेदक के माथ सम्बंध
		Juck!		47	F	wife
3.	Swich			36	M	Son
3.	Ravita			उद	F	Daughter in tal
4.	The	Jihwan			M	Urnand Son
		BASIS for REQUES सहायता के रि	TING ASSISTA	ANCE (Flok which	ever is applicable	(a)
BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जाना प्रति संसान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate अल्प आय वर्ग प्रमा (प्रमाण पत्र की झाया प्रति	te Copy) (At माण पत्र उप ति संलग्न करें। (प्रमाण पत्र क		ation Card tach Copy) भोवता कार्ड ो खादा प्रति संलग्न व	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
				UESTING ASSIST गर्वे चिनती का उद्दं		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न					
	RE- Cotariact					
	LE- Cataract					
	615					
	Surgery - (AE)					SIES + PMMA
				. 4		
100		ASSISTANCE BEING A	WAILED for S	AME "PURPOSE"	from OTHER SO	ources
Sr. No.	1	NAME of OTHE	R SOURCE	त्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? RCE AMOUNT		UNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	्राज्य स्थीत का नाम DBCS			2000/		ली गई सहायता छनी
					1	

## DECLARATION by APPLICANT: STREET BIT WITH THE

- 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 घोषणा काता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं मार्श है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरथ पाया जाता है तो मेरी सतायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कॉरिशका फाउन्डेशन", से ली का रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि काता है कि जिस सहायता हेंदु यह प्रार्थना को गई है, उस गिश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छोतः/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पहिच्या में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( spaces gra were)

- 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 हस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिशका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पवा, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में फोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, काचना/वा दूसरे डद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथप का विधरण मेरे इलाज के चहले या बार में करने के लिए "कोशिका काउडोसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि महायता के उट्टेश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहपता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिकः" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: व्यवेदक को इरठाक्षर या अंगूडे का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कपर)

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 अंत से मामलेशीयी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सस्कारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका काउन्देशन" में मिफारिश/विनीत उच्त के सम्बंध में "कोशिका पादनोशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत आंशिक/सकल हेतु मन्त्रुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से महाबता लेने का अधिकार सुर्वकत रखता है। इस पृष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गरर उकत रोगी-पागले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माधन में नहीं लेग/लंगी।
- "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति को है। देगों पर हस्पताल हात दी गई सलाह का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनुक लेकी के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्हेंशन" हारा किसी प्रकार का कोई रक्षाव नहीं है। इसीलमें हस्पताल में रंगी के इस्तव सुरक्षा सुरक्षा और आई कार्य की

की होगी और "कोशिका" की कोई धृभिका या डिम्मेदारों इस मायले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

Dr. TANUJ GABA M.B.B.S., DNB

> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) का<del>वटर को नीम च इस्ताहार व रवि.</del> न

(Name, Designation & Starts of Suthonsed Signatory on behalf of Hospital)

नाम य पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Time

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यसी इस्ताक्षर 2

14/12/2022