APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभात) foundation APPLICATION DATE: 18.11-2021 APPLICATION No. : NIIIBIIIN Building block of life आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT Latshmanma आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o late Mataderanoika पिता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता arenatha colonia POLLIDOUT amoradanagan 1744 LAKSHHAHHA PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same at above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home Hate91 व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 20,000/-कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No. हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उंग्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बंध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये वित्रति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण एव अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छत्या प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Marsh Catagact COLOSIACO Custasyy Recategorich + pc IOI ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्त्रोत का नाम ऋग संख्या ली गई सहायता राशी DRCS 20001-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

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 Koshlika 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 करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुस्तर सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महायता निरस्त की का सकती है।

2) मेरे हारा जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाउन्हेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में मध गया है।

3) मैं मुस्टि करता हूँ कि जिल सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी में न तो लिया है और न ही मविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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/pul-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 घर अपने हस्तासर या अंगठे की ऋष लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषिन है, उसे "कोशिका" एवप् त्यासो, सन, यावना/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का दिवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा जम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑवम और बाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेदक के हस्ताकर या अंगुर्त का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 NGC 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 अधिकृष्ट, इस्ताक्षरी को ओर से म्वमले/रोगी को "कोशिका फाउन्बेशन" से वितिय महायता हेतु सिफारिश की जाती है. जिसे हम (इस्प्वाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामर्श में लॅंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेसन" द्वाए भदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेसन" द्वारा सहायना बिनति आणिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से घलयना लेने का अधिकार भूरशित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेरान" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका काठ-बेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेशरी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मूमिका या विश्मिदारी इस मामून में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. Nagesh B N Date of Surgery Consultant, Medical Superintendent, Mr. Lakshm ऑपरेशन को तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Comea, Cataract & Refractive Surgery (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) nesitute for on behelf of Hospital) 18/11/2021 (A unit ागम च पर हमयतान अधिकृत अधिकारी हानार का नाम न हाताना व स्वा न आनारिक उपयोग हेत् Hoad, Miller Tarik Bed Area FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्त्यक्षर 2 न्यासी हस्ताक्षर 🗓