(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 18/03/24 Building block of life. APPLICATION No. : आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX Rein imala NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 59 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mukest पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Hansimon Manaya ba anthom, harakpur PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आवासीय पत as above Sa me OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) 700 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। हाँ / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Gender Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Sr. No. क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध 62 M mmo Hustomo 36 M DALLO males 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 उपभोक्ता कार्ड अस्प आब वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छत्या प्रति संलग्न करें। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गमे विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataract Cataract ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लो गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या DBCS

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.
- 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.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मिर कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्तोशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी डदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि विस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ख्रोत/नियोवक/बीमा कम्पणी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक इाग कग्रर)

- 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 हस्ताधर या अंगठे जी छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटां और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से खुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, 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 ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताकरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउम्बेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे था ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिरागरिश/विनति उनत के सन्वध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑसिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनत रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्हेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर्व हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलियं हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने को साथ विप्येदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आँपोशन की वार्टिख | 12/03/29 | (Name of Dr. & Regri. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हस्ताकर व र्जब म. | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताकर व र्जब म. | (Signature of Trustee 1) | Signature of Trustee 2

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक वर्षयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

प्रिक्तिस्त्री