(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE: 09-02-2024 APPLICATION No.: **Building block of life** आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX frit NAME of APPLICANT: आबंदक का नाम Ral want FATHER'S/SPOUSE'S NAME रिवा/कटुम्भ का नाम akhmeer PRESENT RESIDENCE ADDRESS वतंपान आवासीय पता 712009 DIST - Alway VILLA P-99 mg he POST OP Bree of 30 4 Ralasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 960VP AS OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) maker Home TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) (आद का साक्ष्य संलग्न) कुल चार्षिक उराय AM PAN No. स्थाई स्थाता संसवा NA Yes/INo हां / नही ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. अवंदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उस (वर्ष) सिंग क्रम संख्या 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 अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ट अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संतग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/ग्रॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या DIG PROSS SENDLE 1129027 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता एकी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपण 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.
- 1) मैं धोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवाल एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायत गाँग "कारिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोक्तियोकक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रतिक्य में लिया

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 प्रश्न पर अपने इस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि प्रेश नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपन्न में खेकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याकवा/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उसार व्यव्यय से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बालाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर या अंगूरे का निरहन

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFICIE STO WOR)

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:

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, इस्ताक्ष्ये की और से मामले.योगी को "कोशिका पाउन्होंसान" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यक्राल) निम्म प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इयने "कोशिका फाउन्होंसन"

में सिफारिश/विनति उक्त के सन्वय में "कोशिका फाउन्होंसन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंसन" इस सहस्यता विनति ऑशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य सामायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेंशन" से ली गई सहायता क्षेत्रल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विश्वय है और "कोशिका फाउन्टेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अर्थ को की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या विष्मेदारी क्रमें चांगी होगी।

	RECOMMENDED FO	OR ACCEPTENCE तप् संस्तुति
Date of Surgery अभिरेशन की सारीख	Dr. Mohd, Rameez Reza M.B.S. M.S. Ophthalmology FICO (UK) Regnant Dr. Rosen (No. with Stamp)	YOGESH YADAV Assistant Administrator Dr.(StreetPs-Chairity Eyanhospitabrised Signatory ALWAS (1994) of Hospital)
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताधर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2
(Safangel	lier