-34-03-0555

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)

सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(स्वास्थय देखमा	r)	foundation	
APPLICATION No.: A 8324 2053				APPLICATION DATE : 06-03-2024		Building block of life.	
NAME of APPLICANT :			A	GE-YEARS आयु-वर्ष	SEX feir		
sinders to the Moham Las Guyday				71	M		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाप	AME:	PRESENT RESIDENCE ADDR	Gur	Jav			
11101e- Ba	S Bee		ESS वर्तम	भ आवासीय पता UY । 🗇 🔊	- Alway	\$ VI	
Da jas	(than- 7	0/122				preop postop	
	PI	ERMANENT RESIDENCE ADDR	ess: स्था				
occupation: Farmer					MARRIED (नेपाहित) / UNMARRIED (अविचाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof o कुल वार्षिक अग्रय 5000) (आव का साक्ष्य						ncome) (लाप) MA	
PAN No. रशाई स्थात संद	911 NF	1					
ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes (No हा (नहीं)			
			and the second second	ETAILS परिवार विवरण		Dateties of Assistant	
Sr. No. फम संख्या	Name of Family Member परिवार को सदस्यों का नाम		Aç	ge (Years) स (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
(7)		Jana		S	E	Wife	
(2)		A		S	H	Son	
(2) H		Ashak		22	-	3011	
			_				
	+		+				
		-	_				
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTAN	CE (Tick whichever is	applicable)		
BPL Card EWS Certificate						Ann Other	
(Attach Card Copy)		(Attach Certificate Copy)				Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण एव अल्प आव वर्ग प्रमाण (प्रमाण एक की साथा प्रति संभाग करे। (प्रमाण एक की साथा प्रति र			a wit.	उपभोक्ता कार्ड करें। (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न करें।		अन्य कोई साध्य	
(प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे) (प्रमाण पत्र का छापा प्रति संलग्न				9. 3.6.312. 3.7. 39. 39. 39. 31. 31. 31. 31. 32. 32. 32. 32. 32. 32. 32. 32. 32. 32			
				STING ASSISTANCE विनती का उद्देश्यः			
Sr. No.			Medical	Reports/Prescription	s Attached		
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉबटर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
	Diagn	DIAZNOSIS RE PCLOL					
	LE SENILE CATARACT						
		40.00	-0.1.77-4.0			Contract of the Contract of th	
9	Surgery LE SICS WITH PMMA						
	1						
	-						
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	ED for SAM अन्य सहाय	ME "PURPOSE" from (ता किसी अन्य स्थोत से	ित्रमा गया हो?	:5	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT		of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी	
क्रम संख्या	-	अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहामता राशी					
	4 2 2 2 2						

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विकाण एवं कथन असाम पाया खाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वारा जो महायत राशि "कोशिका फाउन्बेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया व्ययंगा, जो इस प्रकार में भग गया है।
- मैं पुष्टि काल है कि विस सवायत हेतु व्या प्रार्थण की गई है, इस राशि का आंशिक या सकल किस्सा किसी अन्य खेल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चित्रण में लुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अएकेट्स द्वार 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की क्षाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीचें " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और वो विकरण इस प्रयत्न में योधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याक्षण्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिकिथियों और उक्तिक्यों के लिए किसी थी प्रसार याक्ष्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या कार में करने के लिए "कोशिका काउडेंगन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहसत हूँ 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 न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB-IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पतास द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatury 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.

हचारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कॉरिका फाउन्देशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्ताक्ष) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिथल में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से इक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इमने "बोशिका फाउन्देशन"

में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" इस्त मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" इस सहायता विनित आशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्तातल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तिर रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्यताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से लेग/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ऐगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह था किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव ऐगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव गती है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्ष और आने वाने की सारी जिम्मेशारी ऐगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेशारी इस प्राप्त में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE YOGESH YADAV स्वीकृती के लिए संस्तुति ur, Mohd, Ramee? Razu Assistant Administrator **Date of Surgery** Dr. Shroff's Charity Eya Hospital (Name Designation & Stamp of Authorised Signatory ऑपरेशन की तारीख M.B.B.S. M.S. Ophthalmology FICO (UK) (Name Alexionetian & Stamp of Autho of boneif of Hospital) of Brickfing #596th Stamp) नामें व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हरनवाल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUST
न्यासी हस्ताक्षर 2

प्रिक्