AWR- G25-04-0099 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 02 04/11 APPLICATION No. : Building block of life 0425 असमेदन संग्राम आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX RM NAME of APPLICANT: आवंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Q चिता/कट्टम्म का नाम ashan PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत् 1111990malakhery, Rajasthan 221406 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता Preop Postop ghove OCCUPATION: MARRIED (FIRITE) / UNMARRIED (HREITER) Home ध्यवसाय maker TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक अस्य tomily) (आय का साक्ष्य संसम्म) 🏋 PAN No. स्थाई साता संस्था NA Yes No वर्ष (नहीं ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS URAIT TOUR Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Gender क्रम संख्वा परिवार के सदस्यों का नाम आवेदक के साथ सम्बध उम्र (यर्ष) लिंग Mahish 30 50 N Nilam 20 Ou LI 2 0 2. Tanul Hans M BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिध आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) BPL Card Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे। (प्रयाण पत्र की बापा प्रति संसम्ब करे। (प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतू किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संसाम प्रथम संख्या 1199hosic a19844 enlt O WELLKY WILM PmmH ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायटा राशी क्रम संख्या अन्य स्वांत का नाम Mil

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत:

- 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 पोषण करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकारण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायश राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु का प्रार्थना की गई है, उस तशि का आंशिक का सकत प्रिस्ता किसी अन्य स्रोतः नियोजका वीमा काव्यनी से न तो लिया है और न वी भाविष्य में लिया।

## 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/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 seliciting 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 प्रयत्र पर अपने इस्ताव्य या अंगर्ट की छाप लगकर, मैं (आबेरक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेश जय, पता, फोटो और जो विकरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, रान, व्यक्ता/या हुस्से उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार सम्बद्ध से प्रसारत करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अववेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहामता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

क्रमान के हरकार का जंगूठे का निशान स्ट्रिये

## AGREEMENT by HOSPITAL (Senter and wort)

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, हरताक्षरी की ओर से सामकेरोगी को "कॉशिका फाउन्सेशन" से पितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हण्यताल) निम्न प्रकार से पाना व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तपान और न ही पविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त येगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हुता मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुता स्वतात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी प्रस्था था किसी अन्य सन्सायत से सहायता लेने का अधिकार सुर्वधन स्वाता है। इस पुष्टि में स्वय्ट कहा काल है कि अस्पताल द्वितीय मदद वक्त येगी/पामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी जन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर इस्थताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्थताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई प्रवास नहीं है। इसलिये इस्थताल में ग्रेगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिल्लेदाएँ रोगी एवं इस्थताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या जिल्लेदाएँ इस वायाले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** YOGESH YADAV ऑपरेशन की तारीख Dr. Mohd. Rameez Reza (Name, Designant administrator Dr. Shrotes Charty Eval pospital 03/04/2025 M (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हर्रसाधर व रेजि. न. गम व अधिमात शिक्त अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।