APPL		ORM FOR ASSISTAN तू आवेदन प्रारूप	NCE	(Health (स्वास्थय र			Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :				APPLICATION DATE : आयोधन तिथी 2/5/2023			Building black of life.	
NAME of APPLICANT : Satya Pal				AGE-YEARS SIG		SEX frid		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्भ का नाम	IAME: SO	ii				77.7	3 6 K W	
North Tight of Societies		PRESENT RESIDENCE AD	DRESS 4	तेमान आवासीय पता				
Sultangus	culton	pus, muscd p	10,900	, Chaz	ia	boc		
Modinages	Max	RAGACSh - 2 ERMANENT RESIDENCE AD	O 1 2 DRESS: 1	O 6 बाई आवासीय पता			8	
		some as	0.001	16			The Post	
OCCUPATION: 10	haus				T	nous / Budin	हो-/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME					ttach Proof of	A MAIN OUR RESERVATION AND THE RESERVATION OF THE PROPERTY OF		
कुल वार्षिक आय	38	000 -				आप का साक्ष्य		
PAN No. स्पाई खाता संख		,						
क्या आप आय कर दाता है	AX ASSESSEE (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable स. पर सही का निशान लगाये।	0):	Yes / No हा / नृह		-		
			FAMILY	DETAILS VICIL	विवरण			
Sr. No. ऋम संख्या	Na vel	me of Family Member		Age (Years) उम्र (वर्ष)	(	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
\$ 4000	41	परिवार के सदस्यों का नाम		40		F 1594	अवस्य के साथ सम्बंध	
2	Dachol			20		E	Toughtes	
3	Shlvani			18		E	Daughter	
4				10		(	9.	
	Pinki Mensha			19		1	Daughter	
5			-			+	Daughter	
G Houthix Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार							Son	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कला प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate C अल्प आय वर्ग प्रयोग (प्रयोग पत्र की संग्या प्रति स	opy) पत्र	Ration Card (Attach Copy) उपभोषता कार्ड (प्रमाण पत्र की शाबा प्रति संतरन करे।		py) ਜਵੰ	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
300			Comments had been a commented	UESTING ASSISTA गये विनती का उद्दे				
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की यई प्रतिबंदन सूची संलग्न							
			BE:	. WNL				
	I E: Caeneal Wices							
			16	Coone	ar,	mes		
			SURGE	ey: LE-	-7	<b>BK</b>		
			0	0		7/		
			100	100				
					775			
		ASSISTANCE BEING AVA इस उप्देश्य के हेतू क					5	
Sr. No. ऋम मध्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम					f ASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहायता. ग्रंगी	
		NA				W. 14 St. 50, 50		

## DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा गोपणा 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 घोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सकी है। यदि कोई विकास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहापता द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रक्रम में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस स्वापता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस रहिंग का आहित्व या सकल किस्स किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लैंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (JENCE ERI WITE)

- 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 प्रवत्त पर अपने इस्तावार या अंगर्ड की काम लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीखें " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो विवरण इस प्रवत्त में पांचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रात, वाक्काया दूसरे उत्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए विधिकृत है। मेरे प्रयत्त का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकवार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियां का निर्णय ऑतिम और वाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेरक के इस्ताधर या अंगुर्त का निश्चन

RITTIM

## AGREEMENT by HOSPITAL (FRIEND STU WIR)

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.

हमारं अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्दोशन" से वितिय सहस्वा हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में पितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उका रोगी/पायले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उका के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित्त ऑशिका-सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का ऑधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में सम्बंध कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी-यामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से बाती लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्हेशन" से ली गई स्टायता कंपल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गर्थ उपचारप्रक्रिया का चुका रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस भागले में नहीं होगी।

की होगी और "क्वेरिला" की क्वे	पृथिका या जिम्मेदारी इस भागले में नहीं होगी।					
	RECOMMENDED स्वीकृती के	FOR ACCEPTENCE				
Date of Surgery अभिगन की वारिस 2 \ 5 \ 2023	(Name of Dr. & Reght, No. With Shappy) SIRET BIT OF BELLEVIEW	Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospitalle				
	FOR INTERNALLISE OF KOSHIK	A FOUNDATION जान्तरिक उपयोग हेतू				
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 0200 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हमताबार 2				
0	0	0.10				