#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION DATE: 06/04/23 2/0423/0035 APPLICATION No. : आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आप-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: Bahiram आर्थेटक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Bhalaram Shanma पिता/कट्टम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 22, Gam magla hema. MUT Dan. HASHMAA, U.P. 204813 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्याई आधासीय पता Durt. same as above OCCUPATION: memploy ad MARRIED (Profes) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: Savrol- (Family) (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या 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। हां / मही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Sr. No. Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) रिनंग आवेदक के साथ सम्बध Sukla 70 Will e your + 27 Con M 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 उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की स्नया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उददेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catariant Caterian SICS + P.MMH Swid eny ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता ग्रशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या DBCC

### DECLARATION by APPLICANT: अस्पेट्स द्वारा पोपणा 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) मैं पोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेर्ड जानकारी के अनुसर सरव एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कमन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निसंत की जा सकती है।
- मेरे झुरा जो सहायता गाँत "कांशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका बयगेत उसी उद्देश्य की पूर्वि को लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में भए क्या है।"
- मैं पुष्टि करता हैं कि विश सहस्थत हेतु था प्रार्थना की गई है, दर शांश का आशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य छोडानियोगक/बीमा कम्पनी से व तो लिया है और व ही पाविष्य में लुँका

# 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताधर या अंपने की काप समावन्त, में (आयेपक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परतंदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेर नाम, पता, फॉटो और वो विवास इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधनान्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार याध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इताज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका परवर्टेसन" म न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बत से सहनत हूँ कि मेरा नान, पता, पतेटो और विवारण जो कि सहापता को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहापक्ष का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और वाल्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IN PRESSION:

आवेशक के हस्सावर या अंगूर्व का निश्चन है

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाल द्वार 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:

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.
 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 sold & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमते अधिकृत, इस्तावरी की ओर से मामलेपीयी को "कोशिका पाउन्डेशन" से वितिष सहायदा ईतु तिपारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो बर्तभान और न ही विभिन्न महायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य करेत से उनत रोगी/फामले में लेंगे ना ले खे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेसन" से सिफारिश/विनति उनत ने सन्यम में "नोशिका फाउन्डेसन" द्वारा महर होता कि है। वह "कोशिका फाउन्डेसन" द्वारा स्वाति ऑशिक/सकत हेता मन्तुर नहीं किया चाता है तो अस्पताल किसी अन्य मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यान के सहायात लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनत रोगी/मामले हेता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेन्द्रालोगी।
- 2. "कोशिका फाउजेशन" से ली गई सवायता संगल विशिय प्रकृति को है। येगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किसे गये उपचारप्रक्रिया का चुनल येगी एवं इस्प्रकृत के बीच का विश्वय है और "कोशिका फाउज्येशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार में हों। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की समें स्वीतिक प्रकार का कोई प्रकार का विश्वय मामले में नहीं होगी।

### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ministrator Se स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery chthamology ऑपरेशन की खरीख (Name, Designation & Stamp of Authorisad Signatory o of Dr. & Regg, Newith Stamp) on behalf of Hespital को नीमें वे हरताक्षर व राज, न. नाग व पद इक्ष्मतल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक ठपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्टाधर । न्यामी इस्ताक्षर 2