# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)

Koshika foundation

Building block of life



0623 0045

APPLICATION DATE: आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम

Source

AGE-YEARS आप-वर्ष SEX fein 51 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Pyanelal

पिता/कट्टम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान् आवासीय पता

1505

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई आवासीय पता

Sunda 20 amore





OCCUPATION: व्यवसाय

ropons

MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अधिवासित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

42000

(Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न)

NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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।

Yes / No हां / तही

FAMILY DETAILS पारवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
3	Meera	35	E	wite
2	Samit	18	M	Son
_				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

**BPL Card** (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।

**EWS Certificate** (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न करे।

Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उर्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1001

mad Rentitis

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE Sr. No. अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चीपणा 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.
- 1 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 हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त्व की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्ट करता हूँ कि विस सक्षापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत:नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आयेषक 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 हस्ताक्षर या अँगते की आप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पाता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में योषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचनान्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इत्याज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और किवरण जो कि सहाबता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहाबता का हकदार नहीं बन्तता। इस सम्बंध में "कौरिएका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और बान्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

वानेदक के इस्ताधक व्यक्ति है हा निशान

### AGREEMENT by HOSPITAL (शमताल द्वारा 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:

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/ग्रेगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यवाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लंगे या ले तो है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" हो पिए "कॉशिका फाउन्डेशन" हो सहायता विनित्त आशिकासकल हेतु पन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्प्राथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगात्लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। येगी पर हस्मताल द्वारा चै गई सलाह चा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृत्ये के लिए संस्तृति

Date of Surgery
ऑगरेशन की तार्गिख

Lo\6\2.023

(Name of Do 8 Regir) No. with Stampologo on behalf of Hospital on behalf of Hospital नाम व पर इस्पताल अधिकृत सीधुकारों

FOR INTERNAL DISE of KOSHIKA FOUNDATION जान्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

नाम व पर इस्पताल अधिकृत सीधुकारों

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हरताक्षर 2

lit