DEL-P-23-05-5896

			7 75 16	2
	ON FORM FOR ASSISTANCE ता हेतू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	0623 0046	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	10/6/2023	Building block of life.
NAME of APPLICANT : ट्राप्ट	andra Devi	AGE-YEARS STE		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : र पिता/कटुम्म का नाम	Devi Dutt		1	
	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	 वर्तमान आवासीय पता 		
wan-Hontab	a. Post-Dhoniyok	of Hosya	Kutouli	The same of the sa
Nainital Ga	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पता	3135	Pre Post
	Some as a	boule		
OCCUPATION: Och	00.01			
TOTAL ANNUAL INCOME.	iones			/ UNMARRIED (अनिवाहित)
कुल वार्षिक आय	25000 -		(Attach Proof of In (आय का साध्य सं	GLH) N V
PAN No. रथाई खाता संख्या	SSEE (Tick whichever is applicable):			
क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य	i हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No 更 / 西路		
		MILY DETAILS परिवार 1	विवरण	
Sr. No. कम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম (বর্থ)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
	BASIS for REQUESTING ASSI	ISTANCE (Tick whicher	ver is applicable)	
	सहायता के लिये विनति	आधार		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate		Ration Card (Attach Copy)		Any Other
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र	अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभो	क्ता कार्ड	Basis/Proof
(प्रमाण पत्र की स्राया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की स्राया प्रति संल		। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संतरन करे।		अन्य कोई साध्य
		EQUESTING ASSISTAL		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	RE	: Senile	catarac	}
	LE	PBK		
	Ena.		31/	
	- Suspen	1: 11-01		
	ASSISTANCE BEING AVAILED for	CAME INTERPORT	ANIER CELEBRATION	
	इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य	सहायता किसी अन्य स्त्रोत	ा से लिया गया हो?	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम		AMOUNT of A	SSISTANCE BEING AVAILED ो गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेटक द्वारा मोपणा 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.
- 2) 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 घोषणा करता हैं कि इस प्रकृप में दिये गये सभी विवस्म मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवस्म एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गरिर "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस शांत का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोगवा/योग कम्पनी से न तो लिया है और न ही चविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अशोदक 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फा, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में बीधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनान्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों उदेर उपलब्धियों के लिये किसो भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदका) इस बात से सहमत हैं 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 न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेदक के हस्ताधर या अंगते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पलास 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

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, हस्ताकरी की और से सम्मलेगोगी को "काशिका काउन्देशन" से विशिष सहायत हेतु शिकारिश की आते हैं, बिसे हम (हस्तावत) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भीवाय में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेसन" से सिफारिश/विनिट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेसन" द्वारा मण्ड हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेसन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकत हेतु पन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से महायता लेने का अधिकार सुर्राधत रखता है। इस पृष्टि में स्वय्य कता जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायक केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हम्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार-प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नही है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूगिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

POR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

(Name of Surgery
ऑपरेशन की वागेख

(Name of ANISHA Contraction on behalf of Hospital)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 नगामी हस्ताक्षर 2

lite