APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : 010723/0075 Building block of life. आवेदन संख्या : 28/7/2027 आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX शिंग NAME of APPLICANT : Latta Prasad आवेदक का नाम 31 M FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Lekhram पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता laxen Kondhisa hola Dehat Post wala Cookson Noth Khexi Utter Pradesh - 262802 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता some as above OCCUPATION: Labour MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) स्ववस्था TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 35000 कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / तही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम तम् (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध Soni 20 wite Rinky 2 5 M Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न RE: Wexceive Kenching 1421 Myrun

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उददेश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य रुत्रोत से लिया गया हो?

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशी

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्वोत का नाम

AU

Sr. No.

क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: SHITCE THE VEYOR VIC

- 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये राये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं नाही है। चरि कोई विवरण एवं कथन असान्य पाया जाता है तो मेरी सतागता निसरत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहापता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रारि है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पुर्ति के लिसे किया जायेगा, जो इस प्राक्तप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सतायत हेत यह प्रार्थन की गई है, उस राति का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोतः निमोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ती प्रथिष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अव्येषक 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की स्था लगाकर, में (आंगेदक) अपनी सहमति की पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और जो विवरण इस प्रथत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाबनान्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या कर मे करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा ताम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उत्तके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्तावार या अंगूडे का निशाय

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल द्वरा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/petient 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/रोगी को "कोशिका फाउन्द्रेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्मातल) 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 स्वोत से उक्त रोगी/पायले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिका-सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का ऑधकार सुर्राक्षत रखता है। इस पूष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से वही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। ऐंगी पर हरक्ताल द्वारा दी गई सलाह चा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हरपताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरपताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हरमताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका चा जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Jan 180 18 19 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18	RECOMMENDED FOR ACC स्वीकृत्र के लिए संस	
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख 28 17 \ 2023	(Name of the Read No. With Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ব ঘং ৱম্মবাল অভিকৃত অধিকারী
4.1	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	ATION आनारिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2