SRE-P-23-07-0956

### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No.: 010723/0076 APPLICATION DATE : Building block of life. आयोदन संख्या : आवेदन तिथी 28/7/2027 NAME of APPLICANT : AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX fein Massoul आवेदक का नाम 46 M FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Mahmood Khan पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आचासीय पता omognu charcheus PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता saharanau some as above OCCUPATION: Mechanic MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ख्वसम्बद्धाः TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 40000 कुल वार्षिक आय AM (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या <u>NS A</u> ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नृही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant कम संख्या उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध Rundi 75 Mother BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Card Copy) Any Other (Attach Copy) Basis/Proof 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 काया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की कावा पति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न ungel Keletitie SING PLU ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

अन्य स्वोत का नाम

NA

ली गई सहायता ग्रशी

क्रम संख्या

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वार घोषणा 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.

- 3) 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 है कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकाण एवं कथन असत्य पाण जाता है तो मेरी सहावता निस्स्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिस्ता फाउन्टेशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेश, जो इस प्रारूप में घरा गया है।

मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्प्सी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में श्रीता

# 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 imedium, 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 प्रया पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सक्षमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बोकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाकनान्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिबिक्षियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेछ नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहामत के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकांगे होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताहर या अंगुर्त का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (KERNIN IN WORL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Flospital) 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

हमारे अधिकृत, हस्ताकरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो अर्तमान और न ही भविष्य में नितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" हारा सहायता विनित ऑशिका-सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहापता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती क्षेत्र लिए संस्तृति Date of Surgery अग्रेशन की तारीख़ (Name of Data Heigh स्वास्ति प्रिक्त अपि अस्ति Stamp) (Name of Data Heigh स्वास्ति कर्मा व इस्तित अधिक्त अधिकारो OFFIR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंतिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्तर 1