APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 01 05/25 APPLICATION No. : Building block of life. आवेदन तिथी आवेदन संख्या : Beery AGE-YEARS आय-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 0 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Daulat पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता ahan Mursan. Perecep Durt Hadmas, U.P.20410 HATMIAS PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आवासीय पता same asabove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) all men व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाला संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। सां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Name of Family Member Age (Years) Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम डम् (वर्ष) लिंग क्रम संख्या WG-re Merna SOM m 30 mesh BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) Any Other EWS Certificate (Attach Certificate Copy) BPL Card (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड अस्य आयं वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या catanaal cost anant SICS FPM.MA TAF ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया ही? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या NOGO/ ABC

DECLARATION by APPLICANT: अम्पेट्क द्वारा पोगणा पत्र:

- 1) 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
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursament, 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 फरूप में दिने गर्न सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सस्य एवं साही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सतायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा सारी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस महावता हेंतु वह प्रार्थना को गई है, उस चींत का साशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदण दारा फरार)

- 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.
- इस प्रथप पर अपने हस्ताक्षर या अंगठ की जाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्त में मोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासो, दान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गठिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "क्वेशिका काटडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सतमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विकरण जो कि सहरवता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार जहीं बमाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेरक के हस्ताक्षर पा अंगते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (शामताल कृत कातर)

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

हवारे अधिकृत, हस्तावरों को ओर से मामलेखोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्सतला) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो पर्तमान और न ही भविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या फिसी अन्य स्थात से उक्त रांगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विमति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्बुद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सनतक्षन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा कात है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्का या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी गई सताबता केवल चितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसस्तिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाड़े को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. SUFYAN DANISH स्वीकृती के लिए संस्तुति Adı. mistrator M.B.B.S., DOMS, DNB **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख 02/05/25 Name, Designation & Stran District ed Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. माम व पद हस्यताल अधिकत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2