APPLICATION FORM FOR ASSISTANC सहायता हेतू आवेदन ग्रारूप				(Healthc (स्वास्थय देव	31 C 10 C		Koshika
APPLICATION No.: (/0423/0091			APPLICATION DATE : 20 - 04-2023				Building bluck of life
NAME of APPLICANT			AGE-YEARS HTT-		वर्ष	र्थ SEX सिंग	
			th 68			14	
140	chubby Sing	(1)			157		
FATHER S/SPOUSE'S NAI	AND INC	y Nathu Ro	122				CARL CONTRACTOR
47		PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS ≡m				PASTE PHOTO HERE
126 Mayeer Saharlangu		THOU PHODE	Sh.	207001	HO	תטתמי	PHEOP POST OP
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार अववासीय पता							Roghubin singh
		some as	ab.	ove			(0091)
OCCUPATION:		MARROED (TOUTE			त) / UNMARRIED (अविवाधित)		
TOTAL ANNUAL INCOME	00	(Attach Proof of (आय का साध्य					
PAN No. THE WEST THEFT	MA						
ARE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No	uu		
क्या आप आप कर दाता है।	(লা মন্ম রা ব	प पर सती का निजान लगाये।	ra sale as	श्रां । मही	_		
	- 2	me of Family Member		DETAILS VICAL [100000	Sender	Relation with Applicant
Sr. No. क्रम संस्था	NA VI	me of Family Member चार के सदस्यों का नाम		उम् (वर्ष)		िर्मग् रिसंग	आवेरक के साथ सम्बंध
(1)		11.140	64			F	Wife
(2)	Monoy		-	50	_	77	300
(3)	Vip	nine	+	50	_	17	Dall 94 Fen
(,6/)	Fillifilled						- Cara-Janesan
		BASIS for REQUESTING A	CCICTA	NCE Click which	ine lie	anelicable)	
		BASIS for REQUESTING A	fit sitti	T THE THE WHICHES	ver 15	applicanter	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा के नीचे प्रसास पड (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अंत्य आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी सामा प्रति संसाम करे)		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संस्थ्य करे।			Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
				JESTING ASSISTA गर्ने चिनारी का उन्हेर			
Sr. No. क्रम संख्या		sits	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पवास/व्यव्यर से जारी की गई प्रतिवेरन सूची संसाम				
179.01.55.00							
	LUGGHOSIS - RE - SENIEL CATOTOCT						
	1F - Senile Cotaract						
	Suggest - 12 - Class With PIMA						
	UW	9 6		J. 46 J	Outla		
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SA	ME "PURPOSE" (rom O	THER SOURCE	EES
		इस उद्देश्य को तेतृ कार्ड		मध्य किसा अन्य स्थ	162 14		of ASSISTANCE BEING AVAILED
Sr. No. अस्य संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य रुखेत था जम			AMOUNT			ती गई महायत एशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा घोषणा 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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- में घोषणा करता है कि इस आरूप ने दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पापा जाता है तो मेरी महापता निरस्त की जा सकती है।

मेरे इस्त को सहाच्छा प्रशि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्ररूप में घर गया है।

मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता है। यह प्रार्थन की गई है, उस शांत का अगितक या सकल डिस्सा किसी अन्य स्रोध/निस्नेवक/बीना कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविषय में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक क्रांत 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.

 इस प्रयत पर अपने शत्ताक्षर या अंग्रते की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ यह "क्वेशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑफनूत करता हूँ कि मेरा जन, पता, फोटो और वो तिवरण इस प्रपत्न में घोषण है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, वाचना/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलीकामों के लिये किसी भी प्रमार माध्यम यो प्रसारित करने के लिए आध्यात है। मेरे प्रपन्न कर विवरण मेरे इलाज वो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फावडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) में (आनेरक) इस बात से सलमा हूँ कि भेरा चाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उर्दरेश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकादार नही बनाता। इस सम्बंध में "क्षोशिका" एवम् उसके न्यांसयाँ का निर्णय अतिम और साध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक में हस्ताधर में बंधते की

AGREEMENT by HOSPITAL (बस्पताल 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:

20-04-202

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. डमारं ऑधकृत, इस्ताक्षरी की ओर से सामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायक हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकात करते हैं। 1) वह कि न हो वर्तमान और न ही भाविष्य में विशिष सहायहा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उच्छ ग्रेगी/धामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से मिफारिश/विनति उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सत्तामता मिनति आशिक:सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था मा किसी अन्य सनसभन से सहावता लेने का अधिकार सुरीक्षत रकता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी-नानले हेतू किसी गैर मरकारो मंस्था थ किसी अन्य शाधन से नहीं संगा/लेगी।

2. "कोरितको फाउन्देशन" से लो गई सहायक्ष कोवल विकिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल

के बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्बेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और ठाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीक्ती के लिए संस्तुति Dhar **Date of Surgery** Dr. Dharmender ऑपरेशन की तारीख

> DMC-15402 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ढाक्टर का नाम व हस्ताधार व राज्य न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Siroti 5 on behalf of Hospital) नाम व पर हरमताल अधिकृत व्यधिकारी

ndhu

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

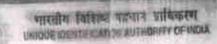
आन्तरिक उपयोग हेत्

Ranvesr

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्तक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तासर 2





प्रसः

आस्मतः तस्यू राम, 126 सरीत संसर, सहरसपुर,

सहारतपुर, सहारतपुर उत्तर प्रदेश, 247001 Address:

S.O. Hathu Ram, 128 Naveen Nagar, Saharanpur, Saharanpur, Saharanpur Uttar Pradesh, 247001

31.39 5241 0419

MENA AADHAAR, MERI PEHACHAN

Carried States