| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)<br>सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)               |   |  |  |  | Koshika                                    |  |
|---|---|--|--|--|--|--|
| APPLICATION No. :   | MIOS  | 25-10091   | PPLICATION DATE                            | 5125   | Building black of life.                    |  |
| NAME of APPLICANT:  |   |  | AGE-YEARS H                                | पु-सर्थ SEX लिंग   | And a                                      |  |
| Saratun Nisha   |   |  | 62   | T  |  |  |
| ATHER'S/SPOUSE'S<br>स्त/कटुम्म का नाम   | NAMES -   | PRESENT RESIDENCE ADDRESS  |  |  | ME SHARM WITH ME PATHOLIS                  |  |
| AhaNa   | d kho   | UN MODOMANIA   | म्प्रतामान आवासाय प्रा                     | a hauadabo   | PROTE PROTU BEAL                           |  |
| UH  | Khee  | adesh - Nostas   |  |  | break boits                                |  |
|   | -   | PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:   | स्थाई आवासीय पता<br>150-5-र                |  |  |  |
| 3 1 5   |   | Court of a   | 750  |  |  |  |
| CCUPATION:  | Home  | nga Ken  |  | MARRIED (Raffir  | I<br>গ) / UNMARRIED (अविवाहित)             |  |
| OTAL ANNUAL INCO<br>मुल वार्षिक आप  | ME: 301   | 1 0000   |  | (Attach Proof of I<br>(आय का माध्य                             | ncome)<br>licra)                           |  |
| AN No. THE FEIGHT TO  | result.   | (Tick whichever is applicable):  | Yes / No                                   |  |  |  |
| य आप आय कर दाता   | है (ओ मान्य हो  | उस पर सही का निशान लगाये।  | हां / ना                                   | ñ  |  |  |
| Sr. No.   | -   |  | ILY DETAILS परिवार<br>Age (Years)          | विवरण<br>Gender  | Relation with Applicant                    |  |
| क्रम संख्या<br>/ 1  | 4   | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम  |  | fein<br>fein   | आवेदक के साथ सम्बध                         |  |
| (4)   |   |  |  | 17.00  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |
|   |   | NPY  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |
|   |   | BASIS for REQUESTING ASSIS<br>सहायक के लिये विनति अ  | STANCE (Tick which                         | ever is applicable)  |  |  |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलान करे। |   | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण दव<br>(प्रमाण पत्र की झामा प्रति संतरन करें। | (Att                                       | tion Card<br>ach Copy)<br>गेवता कार्ड<br>छाया प्रति संसान करे। | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्य |  |
|   |   |  | QUESTING ASSISTA<br>ये गर्य विनती का उद्दे |  |  |  |
| Sr. No.   |   | Medical Reports/Prescriptions Attached   |  |  |  |  |
| क्रम संख्या   | अस्यवाल/प्रॉक्टर से जारी को गां प्रतिबंदुन सन्ती संलग्न |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |
|   |   |  | Mr.  | ento   | Codertact                                  |  |
|   | Alland  | dingory RIE SICS WITH PMMG KN CHMB   |  |  |  |  |
|   | angely left some times the camp                         |  |  |  |  |  |
|   | -   | -4   |  |  |  |  |
| 40-04   |   |  |  |  |  |  |
|   |   | ASSISTANCE BEING AVAILED for<br>इस उर्दश्य को श्रेतु कोई अन्य र  | SAME "PURPOSE"<br>प्रहायता किसी अन्य स     | rom OTHER SOURCE<br>तेत से लिया गया हो?                        | 5  |  |
| Sr. No.<br>क्रम् संख्या   |   | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्थोत का नाम  |  | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहावता राशी        |  |  |
|   |   | DRCI   |  | 200n -   |  |  |
|   |   |  |  | -  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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.
- 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 थोधना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवास्य मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असाथ चाया जात है तो मेरी सहायता निस्तत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार को स्कायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता है। यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का शांतिक या सकार हिस्सा फिसी अन्य स्रोट/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पांक्य में ज़ैंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHEEK SHE WOR)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Thustees 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताधर या अंगटे की बाय लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सत्तमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाटडेंशन और ठसके "चानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाथ, पता, फोटी और जो विवरण इस प्रयत्न में मोचित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कांशिका फाटडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा कम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिना" एवप् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाग्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (STATIST STE WAR)

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेपीमी को "कोशिका फाउन्सेशन" से मितिप सहामता हेतु मिप्पारिश की जाती है, निसे हम (हरुमताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तवान और न ही परिष्ण में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उच्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फउउन्हेंसन" हो सिफारिश/वनति उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंसन" होता सहयता विनति आंशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहयता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिक्शी कुछन्वरात" द्वारा किसी प्रकार किसी प्रकार की है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery औपरेशन को तार्ग्य (Name of Dr.) & Roon, No. with Stamp) आबरह का नाम व संस्ताक्ष व र्राव न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1 RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1

30-11-2024