### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. APPLICATION DATE Building block of life आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आय-वर्ण SEX Terr NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कदम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **व्यवसाय** TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) 20000 कुल वार्षिक अग्र (आय का साध्य संलग्न) PAN No. TREE TEST THEFT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आब कर दाडा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आग्र वर्ग प्रमाम पत्र उपयोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसन्त करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की कामा प्रति 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 को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता राशी

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोगणा 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.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विधरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता गांश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस गाँश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घाँवध्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कपर)

- 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 प्रस्त कर अपने इस्ताबर वा अंगड़े की काम लागकर, में (आगरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फार्वडेशन और उसके त्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और के किला इस प्रपत्न में व्यक्ति हैं, उसे "कोशिका" एवम् त्याकी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न कर विवास मेरे इसाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फार्वडेंसन" व त्याकी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और जिनरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: महायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्यू उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और आध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेदक के हस्तासर पा, अंग्रुटे का निशान

### AGREEMENT by HOSPITAL (TARBER DO 15'01)

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 reither are presently not 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 market.

हमारे ऑफ्क्ट, हम्तळाटे को ओर वे प्यमने रोगो को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यशत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) का कि व लें क्लंदन और न ही प्रीक्ष्म में किंकिन प्रहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उसा रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" हार स्कारताज्ञित उसा के स्वयं में "कॉशिका फाउन्डेशन" हार सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के स्वयं में किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के स्वयं में स्वयं में किया किसी अन्य संस्थापत से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधत रख्ता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी किया किसी अन्य साथन से नहीं लेगालंगी।
- 2. "क्वोहिका काउन्डेशन" में ली न्हें महायश केवल विदिय प्रकृति को है। रोगी पर हरमताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "क्वेहिका फाउनोशन" द्वार कियो प्रकार का कोई दक्षाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाने को सारी जिम्मेरारो रोगी एवं हस्पताल को होगी और "क्वोहिका" को कोई भूमिका या विव्योगती इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीस

21-8-25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व राज-म 001

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी CEH Nativo

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 POINT EXEMP 2

live