| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अवा आप अगर कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant आये का संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उन्न (नर्ष) जिले | APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप | | | (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) | | Koshika |
|--|--|--|--|---|--|----------------------------|
| ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME PRESENT RESIDENCE ADDRESS Signer supriling very PROPERTY OF SAME CONTROL OF SAME PURPOSE (Incoming) PROPERTY OF SAME CONTROL OF SAME (Incoming) PROPERTY OF SAME CONTROL OF SAME VERY SIGNER (INCOME TAX ASSISTANCE INCOME TAX ASSISTANCE SIGNER SIG | | S 10524 10122 AT | | | 10-05-20-24 | Building block of life. |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Tenti suprimity vitil PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Tenti suprimity vitil PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Tenti suprimity vitil OCCUPATION: OFFICIAL ANNUAL INCOME: (5,000 CABADAC ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): So No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): So No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): AND ARE YOU AND ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): So No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): So No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): So No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) So No. So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES So No. NO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES SO NO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES SO NO ASSISTA | THE RESIDENCE OF THE PARTY OF THE PARTY. | Mu. | Goel Chnad | | | |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आयासीय पता DECUPATION: SCHOOL OR ADDRES : स्था आयासीय पता COCCUPATION: SCHOOL OR ADDRES : स्था आयासीय पता COCCUPATION: SCHOOL OR ADDRES : स्था आयासीय पता (Attach Proof of Income) (STR WITH SIRTH THEM DEF ADDRESS : Relation with Applicant sirt with an interest emplicable): FAMILY DETAILS परिवार है हमरण FAMILY DETAILS परिवार है हमरण FAMILY DETAILS परिवार है हमरण FAMILY DETAILS परिवार हिमरण FAMILY DETAILS STRUCK FAMILY | पिता/कारुम्म का माम | Lo | PRESENT RESIDENCE ADDRES | SS वर्तमात्र अम्बासीय प्रश | | PASTE PHOTO HERE |
| DOCUPATION: ज्यसमाण जिल्लामा जिलामा जिल्लामा जि | Gayhi | mu, p | takhan, Garh | h, Hayla | khah, | Pruop Postop Copi Chnad |
| DOCUPATION: ORESITE ORESIT ORESITE ORESITE ORESITE ORESITE ORESITE ORESITE ORESITE | | | A. III I I I I I I I I I I I I I I I I I | | | (0122) |
| TOTAL ANNIAL INCOME (Attach Proof of Income) (अय का जामक () अप | | . 1 | | *************************************** | маляно-(Папійл | |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अया अगर बार दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार दिवसण FAMILY DETAILS परिवार दिवसण FAMILY DETAILS परिवार दिवसण Gender (अर्था) FAMILY DETAILS परिवार दिवसण FAMILY DETAILS परिवार FAMILY DETAILS TORK TORK FAMILY DETAILS TORK TORK FAMILY DETAILS | TOTAL ANNUAL INCO | 1888 | | | (Attach Proof of It (आय का साक्ष्य र | ncome) MA |
| Sr. No. Name of Family Member Agy (Yaura) Gender Amirken के साथ समय। | ARE YOU AN INCOME | TAX ASSESSEE | Tick whichever is applicable): संपर सही का निशान लगाये। | | | |
| क्षम संख्या परिवार के नदस्मी का वाम उत्र (वर्ष) किया आयेरक के साथ समयय परिवार के नदस्मी का वाम उत्र (वर्ष) किया अगरित के साथ समयय परिवार के निर्वार किया किया किया किया किया किया किया किया | | | | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE [Tick whichever is applicable] BET Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हो हो करे गरी विनती का उद्देग्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हो हिक्से गरी विनती का उद्देग्य: Medical ReportsPrescriptions Attached असमाताल/डोम्बर से जारी को गई प्रतिवंदन सूची संस्यन | | 144 | me of Family Member रेकार के सदस्यों का नाम | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE [Tick whichever is applicable] सहायता के लिये विनाति आधार BPL Card (Attach Card Copy) प्रीवी रेखा को नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रीव संस्तान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE "BasistProof अन्य करें माण्य अन्य करें म | 143 | 107 | tin | 41 | 1911 | Son |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) समायता के तियों विजीव आधार BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) (अमाय पत्र की साथ प्रश्न प्रमाण पत्र (अमाय पत्र की साथ प्रश्निक कोर) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहामता हेतु किये गये विजानी का उद्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहामता हेतु किये गये विजानी का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकंदन सुनी संस्थन """ "" "" "" "" "" "" "" "" | (0) | Chintu | | | 19 | CON |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाति आधार BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीये प्रमाणा पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसाम करे। PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE सहायता को छापा प्रति संसाम करे। SK NO. अस्म संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाया। किसी अन्य संसो से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाया। किसी अन्य संसो से लिया गया हो? SK NO. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाया। किसी अन्य संसो से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | (5) | Sei | Seema | | -0.30 (HILLIA) | Daughter in lan |
| सहायता के लिये विनात आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्थ विनाती का उत्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डोक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संसान अस्मताल/डोक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संसान ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य सम्रोत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | Ja | Jash | | M | guand son |
| सहायता के लिये विनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसान करे। PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्थ विनती का उत्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डोक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुनी संसान Sr. No. Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डोक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुनी संसान ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्देश के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य सम्रांत से लिया गया हो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE Any Other Ration Card (Attach Copy) Any Other Banis/Proof Sara कर्ड साल्य Any Other Banis/Proof Sara कर्ड साल्य Any Other Banis/Proof Sara कर्ड साल्य (Attach Copy) Any Other Banis/Proof Sara कर्ड साल्य Any Other Banis | | | | | | |
| (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को मीची प्रमाणा पत्र (प्रमाण पत्र की छाणा प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र की संसाम करे। (प्रमाण पत्र की छाणा पत्र की छाणा पत्र की छाणा करे। (प्रमाण पत्र की छाणा पत्र की संसाम करे। (प्रमाण पत्र की छाणा पत्र की छाणा पत्र की छाणा करे। (प्रमाण पत्र की छाणा करें) (पत्र की संसाम करें) (पत्र की संसा | | | | | never is applicable) | |
| महापता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संतरन Diagnos LS - RE - Total Catallact E - Senulu Catallact Surgery - RE - Senulu Catallact Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sc. No. Name of other source AMOUNT of Assistance being availed Name of other source AMOUNT of Assistance being availed | (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र | | (Attach Certificate Copy) अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र | A) PE | ttach Copy) भोवता कार्ड | Basis/Proof |
| अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकंदन सूची संलग्न Dagnos LS - RE - Total Cadaliact E - Senile Cadaliact Suggery - RE - Strs With PMMF Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य संत्रीत से लिया गया हो? Sc. No. Name of other source AMOUNT of Assistance being availed | | | | | | |
| SUNGEWY - RE - SUS WITH PMME ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य संत्रोत से शिया गया तो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED | | No. Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | |
| SUNGEWY - RE - SUS WITH PMME ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य संत्रोत से शिया गया तो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED | | | la a na e la | . VE | Total C | 0.1000.0+ |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य संत्रोत से लिया गया तो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED | N. | AR SED E | - Luynus In | LE- | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया तो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | SAPASASES SAPASASES | -C-1- | | tescore | |
| इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से शिया गया हो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | | Swigery | - KE- | SPC 8 | WITH PMMH |
| | | | ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई व | D for SAME "PURPOSE" जन्म सहायता किसी अन्य र | from OTHER SOURCE स्बोत से शिया गया हो? | ES |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: अववेदक द्वारा प्रोपण पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any talse 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 घोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं स्वरी है। यदि कोई विवास एवं क्यन असत्य पाथा जाता है तो मेरी स्थायका निस्स्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता सांश "कोशिका फाठन्देशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेण, जो इस प्रारूप में परा गरा है।
- मैं पुष्टि करत हूँ कि जिस सहायक्त हेतु यह प्रार्थना की वर्त है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोद/नियोगक/बीमा कम्पनी से न वो लिया है और न ही पविषय में मुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 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 प्रपत्र पा अपने इस्ताक्षण या संगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहप्रति की पुष्टि करता हूँ एमं "क्रोशिका फाउदेशन और उसके न्यासीयाँ " को आधिक्त करता हूँ कि मेरा माण, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "क्रोशिका" एवम् न्यासी, पता, पाणना/या पूसरे उद्देश्य से जुड़ी पतिविधियों और उपलब्धिय के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारत करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र कर विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "क्रोशिका फाउडोंगन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेग्र नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसिधों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताधर या अंगूते का निशान



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, 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, हस्ताक्ष्मी को ओर से मामले/येगों को "कोशिका कार-देशन" से वितय सहायता हेतु सिस्कारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो गर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारों संस्थान मा किसी अन्य स्वीत से उका रोगी/मामले में लेंगे मा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिक्कारिश/विनति उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायत विनति ऑशिकारसकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था वा किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रोक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्वय्य कहा खाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता कंगल विदिय प्रभृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रीक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इस्सेलने इस्पताल में रोगी के इसाल सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्सेदारों रोगी एवं इस्पताल

को डांगी और "कोशिका" की कोई पुगिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं डोगी।

Pate of Surgery आपरेशन को तारीख Dr. AASTHA DMC-103385 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि २ नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्

Seferyel

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताशर 2

SIGNATURE of TRUSTEE 2

