APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)							Kos	hika	
APPLICATION No.: A DS25 0133				APPLICATION DATE: 06-05-25 आवेदन तिथी			Suilding b	stack of life.	
NAME of APPLICANT :		AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX (ei1		1			
आवेरक का नाम Sandasa Ram				73		M		1200	
FATHER'S/SPOUSE'S। चिता/सद्देश का नाम	Bho	a Ram						100	
TO NOT THE REST. A	PRES	ENT RESIDENCE ADDI	RESS T	तमान आवासीय प्रता	1		No.		
VIIIayle- Badl	97, 1ch	- Buhana.		Odl. Thu	nje	MANA.			
Raja.	1-han- 33310	IENT RESIDENCE ADDI	DESS T	आर्थ आस्त्रातीय प्रमा			Prof	PostoP	
	FERMAN	Ar 960	VP.	Allerand Jon				1.0.3107	
		- 15							
OCCUPATION: MARRIED (						ARRIED (विद्याति	शहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
						ttach Proof of			
कुल वार्षिक आप	20000)				- (	आय का सास्य	संलग्न) 🗚		
PAN No. THE TENT TO	TAX ASSESSEE (Tick w	hichever is applicable):		Yes I No	1				
क्या आप आय कर राता	है (जो मान्य हो उस पर	सही का निशान लगाये।	EAMILY	हां 🗸 नेश Y DETAILS परिवार	_				
Sr. No.	Name of	Name of Family Member				Gender	Relation with Applicant		
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम			उम्र (वर्ष)		लिंग	आवेदक के साथ सम्बध		
	NIII								
			_						
			-						
			1						
			+						
			_						
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये	G ASSIST विनति आ	ANCE (Tick which	ever ls	applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाम पत्र की सामा प्रति संसान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरुप आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Ration (Attach उपयोक्त (प्रमाण पत्र की का		opy) wid	Bar	ny Other sis/Proof कोई सास्य	
	I			QUESTING ASSIST गर्वे विनती का उद्					
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न							
क्रम संख्या	अस्थताल/काकटर स जारा का गर्न आवयरन सूचा सराग्न								
	Dignoss RE - Senie Caloract								
	18 - Soule avact								
	Girlery - RF- SIXS LITIN PMMA								
Surgery - RE- SICS WITH PMMA									
	0							100	
	-					1 14 1			
	AS	SISTANCE BEING AVA	LED for i	SAME "PURPOSE" रहायता किसी अन्य	from स्वोत से	OTHER SOUR	CES		
Sr. No. ग्रन्थ संस्था	NAME of OTHER SOU अन्य स्थीत का ना					AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशी			
	MII								
	IVIT								

# DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्तप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। मदि कोई विवरण एवं कथन असाथ पापा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायात राति "कोशिका फाउन्डेशन", से सी का स्त्री हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्ररूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेत∕नियोजक/बीमा कम्पनी से न खे लिया है और न ही मिठ्य में ल्रींग।

# AGREEMENT by APPLICANT (अत्येदक 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 प्रयत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लयाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काठडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चान, पाता, फोटो और तो विकरण इस प्रपत्त में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्त का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवश्ण जो कि सहायता के उट्टेंक्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हरताधार या अंगुठे 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. 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

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 मामले/ग्रेगी को "कॉशिका फाउन्बेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तपान और न ही पविषय में वितिय सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उका रोगी/पामले में लेंगे या ते रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो। सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हो। सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हो। सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हो। सिए "कोशिका फाउन्डेशन" हो। सहायश विनित ऑशिक/सकस हेंदु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य किसी अन्य सम्बंधित स्वता है। इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परंद उका रोगी/मामले हेंदु कियी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोंशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायता कंवल बितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का भुनाय रोगी एवं इस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन को तारित्र Dr. Mande Pr. & Regn. Web Mill Statio (Name Ages granter & Statistical Surgery of Surgery of Statistical Surgery of Surgery