C-15-05 - 0749 (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE coshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE 06-05-25 Building block of life. अरवेदन तिथी AGE-YEARS STIT-THE SEX PHY PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 201511-A/WATT Hansar. POSTOP PYCOP PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई ज्ञावासीय पता AR GLOUP MARRIED (विवारित) / UNMARRIED (अविवारित) (Attach Proof of Income) (आय का संख्य संलग्न) PAN No. रमाई खाता संख्या 🗸 🔎 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां 🗸 नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवास Age (Years) Relation with Applicant Gender Name of Family Member आवेदक के साथ सम्बध परिचार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) शिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Certificate Copy) Basis/Proof उपमोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र भी भागा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संसरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये किनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सुची संलग्न CHIE WHY PromaA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

.

APPLICATION No. :

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम

पिता/कटुम्म का नाम

WIRGE-

OCCUPATION:

कुल वार्षिक आय

TOTAL ANNUAL INCOME

PAN No. स्थाई खाता संख्या

Sr. No.

क्रम संख्या

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की काचा प्रति संलग्न करे।

Sr. No.

क्रम संख्या

व्यवसाय

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

Later-Pur

Quality Helm

ormey

5/800

mund

301024

NIII

DIGARAIL

अरावेदन संख्या :

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	Air	

## DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा घोषणा पत्र:

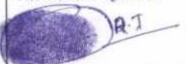
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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) में चोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं साड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस गोरी का आंतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही यांक्य में लूँगा।

### 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 प्रथत पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोठे और जो विवरण इस प्रयत्न में पीपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाधनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाष्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फांटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्कतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑठम अर्थकारी होगा।

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

आवेरक के हम्दाधर या अंगूटे का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation,

(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, हस्ताक्ष्मी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से चितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से पान्य व स्तीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा घरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया कात है तो अस्पालल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसाथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पातल द्वितीय भवर उक्त रोगी/पामले हेतु किसी की सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "क्टीशका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनान रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की लागे जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** LYADAV ऑपरेशन की तारीख Dr. Mohd. Rameez Reza (Name Designation & StantpaticAuthorised Signatory Dr. Shroff's CARANTE SA HOSEMAL (Name of Br. & Regn. No. with Star डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व सिद्धि (UK) FOR INDERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यासी हस्तावर 1