APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)							Koshika	
APPLICATION No.: V 0423 व174			API STR	APPLICATION DATE: 25/04/23			Building block of life.	
NAME of APPLICANT: Khuta				AGE-YEARS STIT-THE SEX FINIT				
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: BY	nadai						
Dhim	ari, I	PRESENT RESIDENCE ADD	RESS T		ता		Pereap Postop	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE SHIRLETT VIII							icital Losup	
		same as	atod	we				
OCCUPATION : व्यवसाय	U	memploy.	al				ন) / UNMARRIED (ভাবিবাহিন)	
TOTAL ANNUAL INCO कृत वार्षिक लाग PAN No. स्थाई खाता स	OME :	60 00001-CF	an	CKlin	(A	ttach Proof of आय का साध्य	Income) संलम्ब) 🗸 🀔	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर मही का निशान लगाये।	X:	Yes / N डॉ / न				
			FAMIL	Y DETAILS परिवा	र विवरण			
Sr. No. इ.म. संख्या	N.	ome of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	-	Gender लिंग	Relation with Applicant	
- 15	Mal	C STORY OF STREET		84		F	आवेदकं के साथ सम्बंध	
2.	Hanenob			37 M		м	son	
3- Bh		art i		(2.2		E	Daughder in Law	
			-					
			+					
		BASIS for REQUESTING सहावता के लिये हि	ASSIST	ANCE (Tick which	never is	applicable)		
BPL Ca	rá	EWS Certificate	MATER SHIP		order ma			
(Attach Card	Copy)	(Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)			Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीर्च (प्रमाण पत्र की छावा र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पः (प्रमाण पत्र को स्मया प्रति संतर		उपभोक्ता कार्ड करे। (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संसन्त करे।			अन्य कोई सास्य	
				UESTING ASSIST गर्ये विनती का उद्				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached								
अम् संख्या	-	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
	RE- Catanart							
	LE- Catariant							
	Surgery (AD) STCS + PMMA							
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उर्देश्य के हेत् कोई	ED for SA अन्य सह	AME "PURPOSE" खता फिसी अन्य व	from O1 स्रोत में f	HER SOURCE	S	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SO	AME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का जाम				ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायशा राशी		
	D 805				2000/-		AND AND THE STATE OF STATE	
	1							
	-							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदस द्वारा पोपणा 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 घोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिवं गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार साथ एवं सभी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाथ प्राया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "काशिका फाउन्टेशन", से ली जा रती है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकार में घरा मचा है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, इस शांत का व्यक्तिक वा सकत हिस्स्त किसी अन्य सोतानियोजकानीमा कप्पनी से व तो तिया है और न ही प्रतिष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेदार प्राप्त 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 प्रथम पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छत्य लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महमति की पुष्टि फरता हूँ एवं "कोशिका पाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा ताम, पता, पत्ति और जो विकास इस प्रयम में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यामी, पान, दावनात्र्या नूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रभाव का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाउडेंसन" म न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अववेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाग, पत, फोटो और विकास को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकतार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके त्यांसर्वा का निर्णय ऑतम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के उस्ताक्षर या अंगूट का निरान



AGREEMENT by HOSPITAL (KERNER SEE WORL)

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.

हमारे ऑफ्क्त, इस्तवशि की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश को जाती है, जिसे हम (इस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य एकंत से उनत संगी-पामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निप्पारिश/पिनति उन्हा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हम भट्ट हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता वितित औरिशक्तरसकता हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में स्वारा या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थाकती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को सरीख

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

Administrator

नाम व पर बन्नताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अस्विरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताधर 2

23.09.2022