APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थव देखमाल)		Koshika	
APPLICATION No.: आयेपन संख्या :			APPLICATION DATE: 96/04/23		foundation Building block of life	
NAME OF APPLICANT: Ramaberli			AGE-YEARS			
FATHER S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	SNAME: KO	ml Singh		2 1 1		
A73 17		PRESENT RESIDENCE ADDRE			THE TRUTH HERE	
Milla	ge spul	tchuniya, Post	tochigan!	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Rieop Postop	
Ritkhun	iya, Il	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	U-P- २०३० ss : स्थाई आवासीय पत	00		
		same as	above			
OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO	H	ome maker	·	- A CHI CHI LE COLO	हेत) / UNMARRIED (अविवाहित)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाल स		400001-CFAM	Cklin	(Attach Proof o (आप का साध्य	Income) संलग्न) 🔏	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes /			
क्या अस्य आयं कर दाता	है (जो मान्य हो	इस पर सही का निशान लगाये।	हां /	100		
Sr. No.	I N	ame of Family Member	AMILY DETAILS परिव Age (Years)	हर विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	- ч	रिवार के सदस्यों का नाम	तम (वर्ष)	िंग	आवेदक के साथ सम्बध	
1.	Saud	an Singh	60	M	Husband	
2-	Baby		33	м	son	
3 Kari		ta	28	F	Doughter in law	
	_					
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये जिनी	 SSISTANCE (Tick whic ব আখাৰ	thever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलय करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को हमया प्रति संसन्तन व	4) 3	Ration Card Mach Copy) पंपोक्ता कार्ड ही सावा प्रति संतरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			REQUESTING ASSIS			
Sr. No.	T	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	RE- Catanart					
	LE- Catanact					
	Swigery (E) SICS & PMA					
			0			
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उप्टेश्य के हेतू कोई ज	for SAME "PURPOSE	" from OTHER SOURC	ES	
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOUR				of ASSISTANCE BEING AVAILED	
36.4 H1941	DBCS अन्य स्वीत का नाम			े ठ ७ ० / न्यां क्लायता राशी		
	1 11/1/2			2000/-		
	-					

DECLARATION by APPLICANT: SOUTH GO THEFT THE

- 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 solernaly 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.
- में घोषणा करता एँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सहायश निरस्त की जा सकतों है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कोशिका पराउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कायेगा, जो इस प्रकल में भग्न गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस हाशि का आतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य श्रीत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (知時年 即6 年位)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to uso/publish/put-upireproduce 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 ४०% घर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, में (आचेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पताते और जो निकरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम, नामते, यान, वाचना/चा तृसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियां और उपलब्धियों के लिखे किसी भी प्रसार माध्यप से प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात में महमत हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि महायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यायियाँ का निर्णय अतिम और वास्थकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आकेरक के दरमाक्षर या अंगुते का निरातन

AGREEMENT by HOSPITAL (इसपास द्वार करन)

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 Irom 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.

हमार्र अधिकृत, इस्त्राधारी की ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से थितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्तताल) सिम प्रकार से मान्य व स्थोंकार करते हैं।
1) यह कि न तो नर्गमान और न ही पविष्य में निर्मिय सहायता किसी मैं संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उका सेगी/मामले में लेगे या ले रहे है, जैसे कि हमणे "कोशिका फाउन्देशन" से सिकारिश विनित अधिकार के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हमा सहायता विनित अधिकार संबंध या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधात रखता है। इस पूष्टि में स्थाट कहा करता है कि अस्पताल दिवीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामल से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधात रखता है। इस पूष्टि में स्थाट कहा करता है कि अस्पताल दिवीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामल से नहीं लेशा/लेगी।

2. "कॉरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायत केवल विकिए प्रकृति की है। होगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का सुनाब रोगी एवं हस्तुताल के बोच का विषय है और "कॉरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इस्तिये हस्तुताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की क्या किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इस्तिये हस्तुताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की क्या किसी प्रकार का कार्य का किया है। इसी कार्य का किसी हस्तुताल में कार्य होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

27/04/23

DR. SACHIN SHARMA

OR SACHIN SHARMA

(Name of The & STANDAR SHARM)

START OF THE PROPERTY HOPE TO SHARM SHARMS

(Name, Designation & State of Anthorised Signatory on behalf of Hospital)

Administrator

नाम व पद हरपताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हस्ताक्षर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर २

23.09.2022