APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)						Koshika	
APPLICATION No.: M 0625 0192				TON 13	16125	Suitding block of life.	
NAME OF APPLICANT : आवेरक का नाम Uctto Deu T				AGE-YEARS #	पु-वर्ष sex लिंग	-61	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम		note had					
Paila	Pail	PRESENT DESIDENCE ADI	DRESS ad	मान आवासीय पता		With the control and	
rating	-	Pradesh-		450 000	a	NATIONAL PROPERTY OF STREET	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADI	DRESS: TR	1501 इ आवासीय पता		Buep post op	
		actual ey	abo	ue			
OCCUPATION:	How	e maker			MARRIED TRANS	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
SQUETTIQ TOTAL ANNUAL INCO	OME:				(Attach Proof of In	ncome)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता र	90/0	200			(आय का साध्य स	लान)	
ARE YOU AN INCOME	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable स पर सड़ी का निशान लगाये।	):	Yes/No			
	3		-	DETAILS परिवार	विवरण		
Sr. No. ऋम् संख्या	N: पा	ime of Family Member देवार के सदस्यों का नाम		lge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender fern	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
				N°11			
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	IG ASSISTA विनति आधा	NCE (Tick which	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षाया प्रति संस्तप्य करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अस्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संतरन करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को स्नाय प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
				JESTING ASSIST ार्थ विनती का उद्दे			
Sr. No. क्रम संख्या	0	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची स्थेनन					
2013,1400	Diagnosis RIE Service Carpiaci						
	1	RIE sently colorect					
	1,						
- 493	Lingo	W IE	SZCS	with	8mma	lens Camp	
	10	/	d	FIRE CA	OP DIESU	1	
		ASSISTANCE BEING AVA	AILED for SA	ME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	S	
Sr. No.		इस उर्दरय के हेतू कोई अन्य सा NAME of OTHER SOURCE				ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रीत का नाम			ली गई सहापता राशी		
		0.					

## DECLARATION by APPLICANT: आवंदक द्वारा घोषणा पत्र:

1) 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.

2) 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.

- 3) 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 पोक्या करता हूँ कि इस प्रक्रम में रियं गये सभी विवरण मेरी कानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कबन असत्य चया नाता है तो मेरी सहायता निरात की वा सकती है।
- 2) मेरे हात जो सहायता ग्रीश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गांता का आँतिक का सकता किस्सा किसी अन्य स्रोठ/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविष्य में तुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक द्वार 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.

 इस प्रयत्र पर अपने इस्ताका या अंगते की क्राप लगाका, में (आवेदक) अपनी सक्षमित की चुन्दि करता हूँ एवं "कोशिका कार्यक्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पक्ष, फोटो और जो विवरण इस प्रपष्ट में फॉक्स है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के निन्दे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "क्रोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आनेरफ) इस बाठ से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण को कि सतायता के उप्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकादार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्मय अतिम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हशतधर या अंगृते का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल क्षण करार)

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 अधिकृत, हस्ताक्षरी भी ओर से मामलेजोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से नितिय सहायता हेतु सिकारित की जाती है, जिसे हम (हम्मताल) निम्न प्रकार से फान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में तेंगे या ले खे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेंशन" से सिफर्जरेश/विनति उक्त के सम्बंध में "क्रॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "क्रोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु सन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पतल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से प्रशायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थप कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय घरर उसत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी जन्म राज्यन में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली नई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी नई सल्वड या किये गये उपचार/प्रक्रिया का युनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फारन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकाव नहीं है। इसलिये हस्थताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वार्ट की सारी जिम्मेरारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "क्षोरितका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery M.B.B.S.M.S Administrator ऑपरेशन की तारीख Hospital Sahadaya Mohammadi Angel Manager Signatory 13/06/25 NUP MIG REGIONO 39746 हाबटर का नाम व हस्सीकर व रजि. न आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर 1