APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)						Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :				GATION DATE : /	2/06/25	Building block of life.
NAME OF APPLICANT: Kingn Devi			AGE-YEARS आमु-वर्ष SEX लिंग			
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाम	NAME: 210	ry Singh				
dylawa	n a Sa	PRESENT RESIDENCE ADDRES		रान आवासीय पता		Raeap Postop
	Distr.	PUC 2-41 h. U.		२०२1५5 ई आवासीय पता		Torcup Tablop
		same as	a	bove		
OCCUPATION : व्यवसाय	210	me maker				त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	Œ: Υ	7009- (Fai	mi	142	(Attach Proof of I (आय का साक्ष्य	Income) संलग्न) VA
PAN No. स्थाई खाता संस ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (	Tick whichever is applicable):		Yes / No	1	
क्या आप आय कर दाता	ह (जा मान्य हा उ	स पर सही का निशान लगाये।	AMILY I	हां / नहीं DETAILS परिवार वि	वरण	
Sr. No. ऋम संख्या	Na	ne of Family Member चार के सदस्यों का नाम	A	ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
क्रम संख्या		the Porasad		45	m	Hustand
2,	Sushil			24	m	son
3.						
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTA	NCE (Tick whichever	er is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय थार्ग प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		on Card th Copy) स्ता कार्ड क्या प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
				JESTING ASSISTAN वि विनती का उद्देश्य		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न					
क्रम संख्या	AE - Costanor F					
4/						
(S. 174)	LE- Catanant					
100						
417	Surgery - RB - SICS + PMMA					
		0 6	7			15 - 27 - H
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	D for SA अन्य सहा	ME "PURPOSE" (त यवा किसी अन्य स्त्रो	om OTHER SOURC त से लिया गया हो?	EES
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR				of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी
क्रम संख्या	OBCS				2000/-	30 35 300 300 300

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोषणा 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.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हुमा जो सहस्यता राशि "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कायेगा, को इस प्रारूप में भग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शिंह का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (असमेदार 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताधर या अंगडे को छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपने सहमित की मुश्चि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिबृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटां और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यासना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुद्रे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑलम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताधर या अंगूठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (KERRITE STO STOR)

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:

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.
 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 अध्यक्त, हस्सक्ष्यों की और से मामले/रोगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की कठी है, जिसे हम (हस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्वीत से टक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

- में सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सफल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन में महायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगों पर हरूपताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव के हुए क्रिक्स के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने का पार्ट किसी पूर्ण हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका जात-करन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। हसलिये हस्पताल ये रोगों के इलाव सुरक्षा और अग प्रकार का कोई पृथ्विक या विस्मेदारी इस गामले में नहीं होगी।

DR. PRAVEEN SEN SHAHRECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अगोगान की नहीं है। No. 97415

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13 | 06 | 25

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation a Complicationsed Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

प्रिक्रिया