	ICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/0623/0230	APPLICATION DATE:	6/2023	Building block of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Bagghu	AGE-YEARS SITE	-वर्षे SEX लिंग	100
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाम	Chandan			F Name and Control of the Control of
(0.	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	5 वर्तमान आवासीय पता Kheभा		W. BARGIU
	Ulfan Praclesh -	262802 इ: स्थाई आवासीय पता		Bu-op Postop
	Same as	above		
OCCUPATION : SUBHING TOTAL ANNUAL INCOME	EF-100	1		त) / UNMARRIED (ऑववाहित)
कुल वार्षिक अप PAN No. स्थाई खाता संख्य			(आय का साध्य	मलन)
	AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हाँ / नही		
Sr. No.	Name of Family Member	MILY DETAILS परिवार । Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	हिर्ग	आवेदऋ के साथ सम्बध
	Mehoruh	60	-f\	WHE
			-	
	BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विपति	SISTANCE (Tick whicher SINIT	ver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy)  गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खबा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की खबा प्रति संलग्न करे।		Ratteri Card (Affach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रपाण पत्र की छाया प्रति संतन्त करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		REQUESTING ASSISTA केमे गर्ने विनती का उद्देश		*
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ढॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुची संलग्न			
क्रम संख्या	Diagnosis RIE - Soule Col-agaCT			
	118-	Service	Cata	Tact
2	Surgeony RIE SICS With Phonon Jens Coump			
	4			
	ASSISTANCE BEING AVAILED ( इस उद्देश्य की डेतू कोई अन्य	र सहायता फिसी अन्य स्त्रो	त से लिया गया हो?	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURC अन्य स्त्रीत का नाम	E	AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	DBCS 2		20	001-
	375)			

## DECLARATION by APPLICANT: आयेट्स 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 solernily 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) मैं पोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि बोर्ड विवरण एवं अधन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया प्रत्येगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पुष्टि करता है कि दिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस गति का आंग्रिक था सकल हिस्सा किसी अन्य क्रोक/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविषय में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रथव पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत काता हूँ कि मेरा नाम पता, फोटो और जो विवस्थ इस प्रथव में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, साचनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों भी दिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसातित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथव का विवस्थ मेरे इलान के पहले या काद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात में सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्वता के उन्देश्यों से प्रतित है मुझे त्यत: शतायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्राम् उसके नातिमाँ का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर का अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (TENDE DO WOL)

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 in the matter.
- डमारे अधिकृत, इस्तक्षरी को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्द्रेशन" से वितिय सहायता हेतु सिपारित की जाती है, जिसे इस (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में मितिय सहस्वता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्थात से उबत रोगों/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिकारिश/विनति उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सदद हुत कि है। विद "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्वता मिनित आश्रिक-सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी आन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहस्यता लेने था ऑधकार सुरक्षित रखाता है। इस पृष्टि में स्थप्ट फाश जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उकत रोगी/वामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लोगी।
- 2. "करोराका काउन्टेसन" से ली गई सरायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल झुर थे गई सलाइ या किये गये उपचारणीक्रया का जुनव रोगी एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" झुर किसी प्रकार का कोई दबाव गरी है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की रोगी और "कोशिका "के कोई भूमिका या शिम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ag Mishm ऑपरेशन को तारीख AR N. KHAN M.B.B. S. FICO 9/06/2023 (Name, Designation & Storp of Authorised Signatory on the transfer of Storp of Authorised Signatory आम- व पर केट्यान आयेक्ट अधिकारी P (Name of D. & Rogg. \$69 (9)th Stamp) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यसी हस्तवार 2