शाबेदन संख्या : आवेदन तिथी  NAME OF APPLICANT : प्राणां व	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्वय देखभाल)						Koshika		
BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE:  HEAD A SING REQUESTING ASSISTANC	APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	N-520	1/0233	APP आवे	रन तिथा	1 - 2 - 3 - 3 - 3 - 3			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS TRIGHT ANNUALTY VITE AND PRESENT RESIDENCE ADDRESS TRIGHT ANNUALTY VITE AND PROSENT RESIDENCE TRIGHT AND PROSENT RESIDENCE ADDRESS TRICHT RESIDENCE ADDRESS TRICHT RESIDENCE ADDRESS TRICHT RESIDENCE ADDRESS TRICHT RESIDENCE ADDRESS TRACE TRICK AND PROSENT RESIDENCE ADDRESS TRACE TRICK AND PROSENT RESIDENCE ADDRESS TRACE ADDRESS T	NAME OF APPLICANT: Unmila				The state of the s		120		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS परिपाल अवासीय पाता  ACT ADDRESS (परिपाल)  BACK ADDRESS (परिपाल)  PREMANENT RESIDENCE ADDRESS (VALUE)  PREMANENT RESIDENCE		NAME: A					Jal 3		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वार्ध आण्यामीय पता  SAMP C AS ABOVE  DOCCUPATION:  GREET  GREET  GREET  GREET  GREET  (Attach Proof of Income) (अप का सारण का सम्प्रा (अप का सारण का सम्प्र (अप का सारण	Sha	1			तंमान आधासीय पता		Pereob Postoj		
DCCUPATION:					थाई आवासीय पता				
क्षण्या प्राप्त का प्राप्त के स्थाप प्राप्त के साथ प्राप्त के साथ के स		- (	same as	abo	ve				
FORM NO. पार्टी रखारा परिवा  PAR NO. Warns of Family Member मा आप आप का पर पार्टी हैं (जो भान्य को उद्ये पर सारी का विशान स्थापी  Sr. No. Name of Family Member परिवार के सरस्यों का पाप  TRAILY DETAILS. परिवार विश्वपण  FAMILY DETAILS. परिवार विश्वपण  FAM	OCCUPATION :	0	Home on	oke					
REF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  क्षा आप आप कर रहात है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FROM PORT (के संदर्भ का नाम अब्रुविदेश के साथ द्वासाय)  FAMILY DETAILS परिवार विवारण  FROM PORT (के संदर्भ का नाम अब्रुविदेश के साथ द्वासाय)  FROM PORT (के संदर्भ का नाम अब्रुविदेश के साथ द्वासाय)  FROM PORT (के साथ द्वासाय)  FROM PO	कुल वार्षिक आय	ME:				Attach Proof of (आय का साह्य	Income) संलग्न) NA		
FAMILY DETAILS Witter विवारण काम राजिया काम राजिया परिवार के सदस्यों का मार अब्र (याप) विवार के सिंच (विवार अध्यार  BPL Card (Attach Card Copy) मारी को सेवा प्रयाण पत्र (प्रमाण पत्र को शाया प्रति संस्पन करें।  SEN O.  BR. No.  BR. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश के हें तु कोई अन्य सहायात किसी अन्य स्त्रीत से दिल्या गया हो?  SEN No.  SEN No.  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE: (प्रमाण पत्र को शाया प्रति संस्पन करें।  ANY Cither Basis/Proof (प्रमाण पत्र को शाया प्रति संस्पन करें।  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किसी पत्र विवार का अध्या प्रति संस्पन करें।  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किसी पत्र विवार का अध्या प्रति संस्पन करें।  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किसी पत्र विवार के स्वर के स			Tick whichever is applicable	):		1			
क्रम संख्या परिवार के सहस्यों का नाम जेंछ (वर्ष) हिंग आवेदक के साथ प्रमाय   1884 कि 1984 कि 1	क्या आप आय कर दाता	ह (जा मान्य हा उ	स पर सहा का निशनि लगाय।		41.5	ण			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  साध्या के सिंग प्रमाण पत्र (Attach Card Copy) भरीजी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्यन करे।  Sr. No.  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  साध्या के सीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्यन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्यन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  साध्या पत्र को छाया प्रति संस्यन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  साध्या पत्र को छाया प्रति संस्यन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  साध्या पत्र के स्वर्ण करें प्रमाण पत्र को डाक्स प्रमाण पत्र को डाक्स प्रमाण करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  साध्या पत्र के साध्या करें प्रमाण पत्र को डाक्स प्रमाण करें।  "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उर्दर्श्य के हेत् कोई अन्य साध्या किसी अन्य स्त्रीत से लिया पाया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  हम संख्या  "AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  श्य साध्या का नाम संख्या  "PURPOSE" from OTHER SOURCES  हम संख्या का साध्या का साध्या विस्ति अन्य स्त्रीत से लिया पाया हो?		Na	me of Family Member		Age (Years)		Relation with Applicant		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के रितर्य विनाति जाभार  BPL Card  (Attach Card Copy) भग्नी विका के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थान करे।  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के द्विक ग्रेगी प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थान करे।  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के द्विक ग्रेगी पत्र मिलानी का उद्देश्य:  St. No.  BA संख्या  **ARCHITICAS REPORTS/Prescriptions Attached  **ARCHITICAS REPORTS/PRESCRIPTIONS/PR	क्रम संस्था						Hustomof		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के दिग्ये विनार्त आधार  BPL Card (Attach Card Copy) प्रियो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (Attach Card Copy) प्रमाण पत्र को अग्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अग्य प्रति संस्थन करे।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता चेतु किये गये विनार्त का उत्तरेयः:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल्य अस्पताल्य अस्पत्र संस्थन  ME — ( कर्मकार )  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से दिया गया हो?  Sr. No.  No.  No.  No.  No.  No.  No.  No.	2.	Manoj			34	m	san		
BPL Card (Attach Card Copy)  गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  सहायता हेतु किसे गर्थ किसी अर्थ प्रतिवेदन सूची संसान  अस्य आय अप अप का का अर्थ किसी अर्थ किसी का उद्देश्यः  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE  सहायता हेतु किसे गर्थ किसी का उद्देश्यः  Sr. No.  अस्य तार्थ डॉक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची संसान  अस्यार्थ डॉक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची संसान  अस्यार्थ डॉक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची संसान  अस्यार्थ डॉक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची संसान  अस्य अप अर्थ की अर्थ सहायता किसी अन्य स्त्रीत से सिया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से सिया गया हो?  Sr. No.  BAME of OTHER SOURCE  अन्य स्त्रीत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  श्री गई सहायता राशी	3.	B	ani		33	F	Daughter in Law		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीनो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता छेतु किये गर्य विनाती का उर्दश्यः  **Sr. No.  **But संख्या  **Any Other Basis/Proof अन्य अव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।  **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता छेतु किये गर्य विनाती का उर्दश्यः  **Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न  **MEDICAL CATANACE**  **ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  **इस उर्दश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  **Sr. No.  **BASISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  **इस उर्दश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  **MAME OF OTHER SOURCE  **अप्रति पत्री विनात अन्य स्त्रीत का नाम  **MAME OF OTHER SOURCE  **शिक्ष प्रस्ति का नाम  **MAME OF OTHER SOURCE  **शिक्ष प्रस्ति का नाम  **MAME OF OTHER SOURCE  **शिक्ष प्रस्ति का नाम  **AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  **शि गई सहायता उपनी						s applicable)			
प्रमु अप कियो को उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलान  ME - Cadamard  LE - Cadamard  Umg अप - RE - SICS + PM MB  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी आन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम  New Restrict प्रती मई सहायता रखी	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरूप आय वर्ग प्रमाण पव (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसम्म करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोकता कार्ड (प्रमाण पत्र की क्राया प्रति संलग्न करे।		Basin/Proof		
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  NE - Cadanach  LE - Cadanach  (wag ay - RE) - SICS + PM MB  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम  NAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED श्री गई सहायता राशी									
LE — Cadanct  ( wing any — RF) - RECS + PMMA  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्त्रीत का नाम	(500,033,137								
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम शि गई सहायता राशी		AE - Cotanact							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इ.स. उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम श्री गई सहायता राशी		LE- Catamot							
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED किम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम			Curg	ory -	- (RF) - S	#CS +	PMMA		
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED किम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम				0					
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्थोत का नाम सि गई सहायता राशी			ASSISTANCE BEING AVA इस उद्देश्य के हेतु क	ILED for S	AME "PURPOSE" from रायता किसी अन्य स्त्रोत से	OTHER SOURCE लिया गया हो?	DES		
The state of the s	क्रम संख्या	Sinc	अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT	श्ती गई सहायता राशी		
		Chris							

#### DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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 solemnty 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 reimbursament, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया काता है तो मेरी सहायक्ष निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी डर्दश्य की पूर्वि के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि विस सहायदा हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न को लिया है और न ही पविषय में लैंगा।

## 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताकर या अंगठ को काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/चा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" 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 मुझे स्कत: सहायत का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "काशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्थरक के हस्तास्त या अंगूठे का निशान



# AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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, इस्ताक्षरों को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उसत रोगी/मामले में लेंगे या से रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विनित उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। परि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्थताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार मुर्गक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थताल द्वितीय भदद उकत रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2 "कांशिका फाउन्हेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाब रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कांशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कांशिका" को कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Billy office स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 10/05/24 Reg. No. 9(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) Time...... हाक्टर की नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2