APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन ग्रारूप (स्वास्थर देखगात)							Koshika	
APPLICATION No. : 레바다 화해 : (/0623/0252				PLICATION DATE :	0Z - (	26-2023	Building block of life	
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS SHIT-		SEX firm		
आनेत्क का नाम				47		M		
FATHER'S/SPOUSE'S	NAME:	PRESENT RESIDENCE ADDI	7 0F98 1	1	r:			
gaydban Drugani, Puodesk	2472	PERMANENT RESIDENCE ADDR	d Bo	npuse ano. U	Ha.	Н	PHE OF POSTOF	
		same as	-	The Harris II also have			Pappu(0252)	
OCCUPATION: LOBOLUT							ति) / UNMARRIED (जनिवासित)	
व्यवसाय LOBOLU- TOTAL ANNUAL INCOME 45, 000 कुल वार्षिक काथ PAN No. स्थाई साता संख्या // / /					(A)	ttach Proof of जाय का साक्ष्य	ncome)	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस यर सती का निशान लगाये।		Yes / No ति / सु				
			FAMIL.	DETAILS TRUE				
Sr. No.		Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उन्न (वर्ष)		Sender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
			#					
			$\Rightarrow$					
			-					
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSIST	ANCE (Tick which	over is :	epplicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को समया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Cop अन्य आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम्ब प्रति संसर	y)	Ration (Attach उपयोक्त उपयोक्त रो। (प्रमाण पत्र की का		py) Tď	Any Other Banis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
				UESTING ASSIST गर्थे विनती का उद्दे	and it has been			
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attac कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिबंदन सुन								
	Diagnosis - RE - Senile cotoroct							
	1 E - Serve Cataract							
	#RESERVE OF THE SERVE OF THE SE							
	Commence of the State of the St							
	Jungery - KE - SICS WITH PI						MMA	
	h							
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सह			तथा यथा छो?		
Sr. No. कम संख्या	NAME of OTHER SOUR अन्य खोत का गाम			SE		AMOUNT	ASSISTANCE BEING AVAILED शिंगई सहायता राशी	

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदम 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 solentinly 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 भोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पामा जाता है तो मेरी सहामात्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्रका गाँग "काशिका फाउन्डेशन", से शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति से लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में घठ गया है।
- में पुष्टि अतत है कि विस शहायत है। यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत विस्ता किसी अन्य ग्रोठ नियोजक जीमा जम्मनी से न तो लिया है और न तो परिवल में लेगा।

#### AGREEMENT by APPLICANT (Series 20 mor)

- 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 प्रथम पर अपने इस्ताबर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपने सहगति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नान, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में मोमित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, माध्यमाणा दूसरे उद्देश्य में जुडी पविधिनियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार सम्प्रम से प्रसातित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पतले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व नासी अधिकृत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहसत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विभाग जो कि सक्षानत के उद्देशमें से प्रवित्त है मुझे सवा: सहायता का हजदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आक्षेत्रक से इस्ताधर या अंग्रेट का निशान

### AGREEMENT by HOSPITAL (##### \$11 442)

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.

हमारे अभिकृत, हस्ताकरी की ओर से मामले/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विकिय सहायक्ष हेतु सिकारिश की नाती है, जिसे हम (हस्सताल) निम्न प्रकार से माना व स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशिय सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या से रहे हैं, उँसे कि हमने "सोशिका चारान्डेशन" से सिपारिक/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फारु-देशन" द्वारा पदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फार-वेशन" द्वारा महायश विनति आशिका-सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है यो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या बिसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रावत रावता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरह ठका रोगी/मामले हेतु किसी र्गेट सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/शोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल जितम प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपथार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पालन में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेशरी रोगी एवं हस्पालन को होंगी और "कोशिका" को कोई युपिका या जिम्मेदारो इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01-06-2027 Dr. Dharmender DMC-15402

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) द्वाबटर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न.

Ranveer Singh Sandhu

Administrator Dr. Shrolf's Charlet of Hospital) (भूत भेर सिवाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ञानारिक उपयोग होत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

# Unique Identification Authority of India

था। आदम्म देताचम् अस्त्यमपुर दुन्तमे अस्त्यमपुर पुन्तमे स्टानपुर विस्ताम देना प्रदेश 247231

Andrees S/D Diluram, sprease out obuilable Gordhampur Obutani, Saborar C Chisuna Ustar Pradesh, 247231

6252 0088 7068

T.

flow.

Government of India

PADPO SEE SHELDOS DIMINISTO SEE MAN

7068

6252 0088 7068

मेरा आधार, मेरी पहचान

409