APPLICATION No.: असंदेश मंग्रा : \$\( \lambda \) \( \lambd
NAME OF APPLICANT: आवंदक का तम
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  पिता/जाद्राय का नाम / तर्र अप Shall Satural अग्रमांग पता  PRESENT RESIDENCE ADDRESS खर्माण आग्रमांग पता  PHE PASTE PHOTO HERE POST OF POST O
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिराणियों को नाम (afte Not Abdul Offor America का नाम (afte Not Abdul Offor Address क्षेत्रेमण आण्यांचिय क्षेत्र अध्या अध्या अध्या का नाम (afte Not Abdul Offor Address)  PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षेत्रेमण आण्यांचिय क्षेत्र अध्यांचिय क्षेत्र अध्यांचिय क्षेत्र अध्यांचिय क्षेत्र (all क्ष्यांचिय क्षेत्र क्ष्यांचिय क्
PHC の Post の PhC の Post の Post の PhC の Post の Post の PhCの Cost の PhCost の PhCの Cost の PhCost の
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता  Same accupation : अवस्थित अवस्था अवस्
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता    Same Os obove
OCCUPATION :  ज्यासाय HOMP MOJOCH  TOTAL ANNUAL INCOME : US. OCC  And सार्थ संस्था (अस्मिति) (Attach Proof of Income) (आय का संक्ष्य संस्था) (आय का संक्ष्य संस्था)  PAN No. स्थाई खाला संख्या (अ) (अ)  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes / No
स्वसाय HOMP MOJOH  TOTAL ANNUAL INCOME : US. OOO (Attach Proof of Income) कुल सामिक आय
TOTAL ANNUAL INCOME: U.S. OOO (Attach Proof of Income) कुल कार्षिक अस्य (अस्य का साध्य संलग्न) (आय का साध्य संलग्न) (अस्य का साध्य संलग्
PAN No. 국제
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
1,050.00
Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant
Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant कम मध्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) दिनंग आवेदक के साथ सम्बंध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये दिनति आधार
BPL Card EWS Certificate Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof
गतिबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आय वर्ग प्रमाण पत्र उपयोक्ता कार्ड अकाकProof (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संस्थन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सागवता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached असमान-होंडल से जारी की गई प्रतिबंदन सभी संस्था
क्र.स संसन्त्रः असम्मतालः डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संसन्त
Drouposis- Rt. Total Capilla Catalyart
The series of the series of the series
LE - Pseudophocic
Controller on the second
OIDIGETY - RE-STES WITH PMHA
ADDIOTALISE REPUES ALLA DE L'ACADA
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरेश के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संस्था अन्य स्थात का साम सी गई महायत राशी

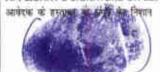
## DECLARATION by APPLICANT: JERRY GIT 181410 TV:

- 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.
- 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 पीषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी किवरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य गर्थ कारी है। मेरि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायदा निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहाचत रहित "कॉशिका पाउन्देशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भार पंगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि विस्त सहापता हेतु पर प्रार्थना को पर्द है, उस राणि का लाहिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोट/गियोजक/बीमा कम्परी से न हो लिया है और न ही परिष्य में लूँगः।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHIPER SET WITE)

- 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 प्रयत पर आगरे इस्ताधर के अंगडे की क्राप लगाकर, मैं (आवेषक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीमी " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा सान, पता, फोटो और वो विकरण इस प्रपंत में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचनात्वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलम्भियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विकरण मेरे इलान के चाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व नासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण को कि सहावता के उद्देश्यों में प्रवित्त है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "अोशिका" एचम् उसके न्यासियों का निर्णय असिम और बारवासारी डोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:





## AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्सास द्वारा करत)

By affining 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, हस्ताक्षरों की ओर से मामस्पेपोगी को "कोतिका फाउन्हेशन" से चितिय सहावता होतु सिफारिश की जाती है, विसे हम (हस्पातत) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। मह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशिध महावता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "बोलिका फाउनोंशन" से सिफारिस/किसी उत्रत के सम्बंध में "कोशिका फाटनांशन" द्वारा परद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाटनांशन" द्वारा सहायता विनर्तत जाशिकासफल हेतु मन्दुर जी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के सरकारी संस्था का किसी अन्य सन्साधन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भवर वक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी मंख्या या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हरणताल द्वारा दी गई सलाह या किये गर्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हरणताल को भीच का विकय है और "कोशिका फाउन्डेशन" क्षम किसी प्रकार का बोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने को सार्ग जिस्सेगरी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका था किम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख 13-06-2023

Dr. Dharmender

OMC-15402 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टा का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

Ranveer Singh Sahdhu

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shroff's Child Bekan of Hospital) वर्ष अर्थिए क्योंसे आध्यत आध्यत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग होत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

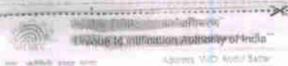
न्यामी हस्ताधर 2

09-04-2023



आधार - आम आदमी का अधिकार





AND RADE OF THE STATE OF T

Agents VID And Sales House to 255 xx35yx 1100 U.zpfarpet Ucpellanised Beharanpor Mutaffabed Ulter Predest, 247129

8881 9068 6909







of wretter the firete