VAN-C-22-06-0741

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखमाल)						Koshika	
APPLICATION No.: V 0622 0288				KTION DATE :	6 06/22	Building block of life	
NAME OF APPLICANT: Hardyal Singh				AGE-YEARS SIIG-III SEX F			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: Same	ehiziam					
UdayJoh		PRESENT RESIDENCE ADDRES	ड वतमान	han bh		Pureop Postob	
MUTISAM, DISH HATH TAS, U.P. 204213 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: EXIT STIPLITE VAI						Pure op Postop Co288) Handayal Singh	
	5	ame as abo	ve			singh	
occupation: Farmer					MARRIED (विव	ाहित) / UNMARRIED (जविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : पुत्र प्राप्त । (Attach Proof आय का सा							
PAN No. स्थाई खाता स		T 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		Van INIa			
ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	है (वो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / नहीं	1		
FAMILY DETAILS परिवार विवारण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Age						S. Latina Mr. A. History	
Sr. No. अस्म संख्या	Na ref	Name of Family Member परिवार के सरस्यों का नाम Bhagwar Dayad			Gender विग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
क्रम संख्या						Brather	
	U						
	+						
						+	
	+						
	-						
		BASIS for REQUESTING AS	SISTANO	E (Tick whiche	ver is applicable)	30	
		सहायता के लिये विना	त आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्थन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरूप आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को समय प्रति संलग्न र	ntı	(Atta उपभ	ion Card ich Copy) क्लाकार्ड अस्यायित संलब्दकरे	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
		"PURPOSE" fo सहायता हेत्		STING ASSISTA विनती का उद्देश			
Sr. No. ग्रह्म संख्या		N PRIC	Medical Reports/Prescriptions Attached लाल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
ACID DISEM	AE- Total Service Cotaract						
	-						
		LE- Scapile Catavact.					
Sungeni - (RE) SICS + IOL						01-	
		Sudoid.					
						, ,	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	for SAM	E "PURPOSE" (विसी अन्य स्व	rom OTHER SOU तेत से लिया गया ह	RCES	
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	13000	अन्य स्त्रीत का नाम			ली गई सहायता चरती		
(-	DBC)				x 5 5 7	

DECLARATION by APPLICANT: आनेपक हारा कीपना पत:

- 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 ass.
- 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 ass.
- 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
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सारी है। यदि घड़ों विवरण एवं कथन जसता पाय जाता है तो मेरी सहायता निस्ता को जा सकती है।
- मेरे द्वार को सहामता गाँश "कोशिका फाव-दंवान", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्वि के तिथे किया आदेश, जो इस प्रारूप में भग्न गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस स्वापता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस गाँश का आंशक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/पर्यावक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न तो भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक प्रशा 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"
- 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताधन या अंगठे को छाए लगावन, मैं (आर्थरक) अपने सहनति को पृथ्य करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेर कन, पता, फोटो और जो विकास इस प्रपत्र में फोपिल हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाशनप्रया दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में अपने के लिए "बॉरिंगका चाटवीमन" व न्यामी अधिमृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा जाम, पता, फोटो और विवरण जो कि राहायता को उन्होंन्सों से प्राचित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉरिका" एवम् उसके न्यसियों का निर्णय अधिय और याध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्रा लाहि

AGREEMENT by HOSPITAL (शमतान द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

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 (Hospital) hereby affirm & accept following: 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 evail 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से किंत्य सहायता हेंगू फिलारिश को करते हैं। in the matter.

 यह कि न तो वर्तमान और न ही धविष्य में जितिय सहागढ किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कोत से उक्त ग्रंगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे थि हमने "कॉशिका काउन्डेशन" में सिफारिश/विनीत उका के सन्वध में "कांशिका काठ-वंशन" द्वारा घरर हेतु कि है। यदि "कांशिका फाउन्येशन" द्वारा सठायता विनीत आँशक/सकक्ष हेतु मन्दुर नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधन से महापता तेने का अधिकार सुरक्षित रखात है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उकत रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य माधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्देशन" से ली गई सहायता कंचल चितिय प्रकृति की है। होगी पर हम्पजात द्वारा दी गई सलाह था किये गये उपचा/प्रक्रिया का मुनाब येगी दर्व हस्पता;

2 "कोशिका काउन्देशन" से ती गई सहायता केवल विशेष प्रकृति को है। श्रेषा पर इस्पालन प्राय पा मा सरक पा गाँव के इतान मुखा और आने जाने को साथ जिस्साह सेंगी एवं हैंस्पालन के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाव नहीं है। इस्पीलये इस्पालये इस्पालये हैं और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाव नहीं है। इस्पीलये इस्पालये इस्पालये हैं और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाव नहीं है। इस्पीलये इस्पालये इस्पालये हैं होगे के इतान मुखा और आने जाने को साथ जिस्साल हैं। की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेशरी इस मापते में नहीं होगी। Administrator

UT. SUF YAIR DELLE RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृतों के लिए संस्तुति M.B.B.S. DOMS, DNB

Date of Surgery

(Name of Dr. & Ragn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रॉन. न.

DMC 82893

(Name, Designation & Stamp of Althority Standon on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्टाधर 🕽