APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : O 2 06/23 Building block of life भावेदन संख्या अववेदन तिथी AGE-YEARS MIT-TH SEX firin NAME of APPLICANT : Kally Singh आवेरक का नाम 48 FATHER'S SPOUSE'S NAME: Bhudev PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Mahemma madan epury, Kolis Hamuman Leust. Aliganh, PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता SOLVIN E MANNE OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) about TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) 600001. कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आबेदक के साथ सम्बध hadha Mite 2 -Dee Park M MA Chabha aughter in au BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र जल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संसन्त करें। (प्रमाण पत्र की साया प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्य अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न ata nach s-emile Cotanact SILTIE 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 AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशो DBC 2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोपणा 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 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.
- 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 प्रक्रण में दिये वर्ष सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरात की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकप में घरा गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थन को गई है, उस साँग का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीना कम्पनी से न तो लिया है और न ही 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 प्रथत पर अपने हस्तक्षर या अंगठे की साथ लगाकर, में (अनंदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवपेटक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" थवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जावेदक को इस्ताधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हमनतास 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:

(Hospital) hereby anim & 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, इस्ताक्षरी की और से मामले योगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से विशिष सहापता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में विशिष सहापता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन"

से सिफारिश/बिनटि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा मदद हेतु कि है। याँर "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सहायता विनित ऑकिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरिश्त रखता है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर मामली संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाज-बेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउ-बेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** DR. SIMRAT CHANDI ऑपरेशन को तारीख MBBS, MS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 03/00/23 on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्वासी हस्ताक्षर 2 वामी दालाभर १