APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप				(Health (स्थास्थय			-	shika dation	
APPLICATION No.:	APPL ands	CATION DATE : र तिथी	17-	67-2024	Building	block of life.			
APPLICATION NO.: S   0724   0358  NAME OF APPLICANT: SHREET WITH MU. SOLVAY				AGE-YEARS STITE - MIT BEX THIT			-		
FATHER SISPOUSE'S THRUSE STATUTED TO THE STATUTE STATU	name: Lat	PRESENT RESIDENCE ADD	Sher DRESS and	ia. S	$a_{F}$	20.		HOTO HERE	
Thua		Mahenogi H PHODES RMANENT RESIDENCE ADD		<u>47452</u> हिं आवासीय पता	пан	Angewa	Soon	4 (0358)	
OCCUPATION:		same a		ove.	1	pours (Studius)	/ JUNIMARKIED (	ufferefft a	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof						ttach Proof of In आयं का साह्य सं	fincome) N I A		
PAN No. स्माई खाला सं ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE (T	ick whichever is applicable पर सही का निरुपन लगाये।	):	Yes/No					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender							Dainting	ofth Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम			Age (Years) उम्र (गर्ग)		Senger firing	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध		
						No.	10		
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	G ASSISTA विनोट आधा	NGE (Tick which	aver is	applicable)			
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रभाण पत्र अन्य आर्थ की प्रमाण प्र (प्रचान पत्र को छापा प्रति संतरम करे) (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संत			ग्रुप्र) एव	Rz (At	ation Ca tach Co भोक्ता व ो छागा प्र	py) ng	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
		- ATTEMATION	AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN	ESTING ASSIST					
Sr. No. क्रम संख्य		सहायता हेतु किये गर्म विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न							
30.80		Diagnost	8 - F	E S	en	9	Ноча		
	IN ANA IDA	Marino	L	E S	sen	III Co	taka.	¢.	
		Surgery	1-	RE -	PI	meo	with	PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAI					3		
Sr. No. अस्म संख्या		OURCE RIF	and the state of t		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी यह सहायता राशी				

#### DECLARATION by APPLICANT: आनंदन द्वारा गोपणा 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.
- 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.
- मैं शोषणा करता हूँ कि इस प्रभप मे रिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सान्य एवं सारी है। यदि कोई विवारण एवं कथन असरव पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महाध्या एतंत "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतू पत प्रार्थन की नई है, दस राशि का ऑफिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोणक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (shifte and wort)

- 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/agrievements. 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताबर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिकर फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चय, पता, फोटो और वो विकासियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विकास मो इलाज के पहाले या शाम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मंश नाम, पता, फोटो और किशाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से आर्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "ओशिका" एवम् उसके नासियों का निर्णय और बाग्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधा या अंगूठे का निशान



# AGREEMENT by HOSPITAL (THINK BY WITH)

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 svail 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.

हको अधिकृत, हस्ताक्षी को और से मामले/सेमी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहज्यत हेतु सिफारिश को आती है, जिसे हम (हम्पताल) निन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहज्यत किसो नैर सरकारी संस्थान या किसो अन्य स्वोत से उस्त रोगो/मामले में लेगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/वितित उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हुए मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए सहायता विनित्त आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसो अन्य सन्तायन से सहायता लेने का ऑधकार मुर्राधार रखता है। इस पृष्टि में स्थ्य कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उस्त रोगी/मामले हेतु किसी
गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्वॉशिका फाउन्टेंशन" से ली गई सहायता केवल व्यित्य प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वार पी गई सलाह या किये गये उपवारप्रक्रिया का भुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "क्वॉशिका फाउन्टेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिन्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "क्वंशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्राथल में नहीं होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति ARNAB MODA Dr. GARVITA JOSHI **Date of Surgery** ADMINISTRATIOR ऑपरेशन की तत्तीख (Name, Designation Stand of Kantorised Signatory 17-07-2024 (Name of Ut. & Royn, No. With Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION व्यान्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 वासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताका 2