APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION No.: N 0623 0365 APPLICATION DATE: 07/06/23 Building black of life आवेदन संख्या : आवेपन तिथी NAME OF APPLICANT: Banai AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX PRIT Singh FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUMMAN PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Dandoo clust. Bhow as but, Postop Perece Ra Hasham , 321202 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधासीय पता same as ebove OCCUPATION: Labour MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 60 000 कुल वार्षिक आग (आय का साह्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। शं / नशी FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग. आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र जल्प जाय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ट अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलल्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पतास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न Catariact Catariant ICS + PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशी DBCS 2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा पर:

- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकास एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहापता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल में परा गया है।
- वें पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन को गई है, उस राशि का ऑशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोठनियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही चिक्का में लूँगः।

AGREEMENT by APPLICANT (SPÈCE IN 1807)

- 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 प्रयत पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ट की खाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कॉशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा गाम, पता, फोटो और जो विकाल इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, हान, धाचना/या दूसरे उन्दर्श से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यय से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताधर या अंगुते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल 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:

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 ऑफक्त, इस्साक्षणे की ओर से मामले होगी को "क्रांशिका फाउन्टेशन" से विविध सहायता हेतु सिकारिश की वाली है, जिसे हम (हस्प्ताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न ले वर्तमान और न ही घोषण्य में विविध सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या से रहे है, जैसे कि हमने "क्रोंशिका फाउन्टेशन"

से सिफारिश/विनांत उक्त के सम्बंध में "क्रोंशिका फाउन्टेशन" द्वारा मध्द हेतु कि है। यदि "क्रोंशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहस्थत विनांत ऑफिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में क्रांशिक स्थान से सहस्थत लेने का ऑपकार सुरिश्व रख्या है। इस पृष्टि में स्थान कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले बेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/संगी।

2. "कोशिका फाउन्तेशन" से ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पकल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का युनाय रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सरहे विस्मेदारी रोगी एवं हरस्वाल की शोर "कोशिका" की कोई धूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR ACC स्वीकृती के लिए संग	
Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख 08/06/23	DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS DMC - 48540 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	(Name, Designation & Statish of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	ATION आनारिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 =यासी हसताहर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 =यासी हस्ताधर 2
8	slunge	lile