APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)							Koshika	
APPLICATION No.:				LICATION DATE	06-	07 2023		
NAME of APPLICANT:			आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-		ापु-वर्ष	SEX शिंग	J. Salah	
अपनेदन का नाम  MH Saleem  FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  पिताः कटुम्प का नाम Lotte MSH Iddel				5.3		M		
PHORES.	Kar	PRESENT RESIDENCE ADD				9031	PASTE PHOTO HERE PHEOP POSTOP	
	þ	SOME C		पा अवसीय पता १७० <i>७९</i>			saleem(0365)	
OCCUPATION :	bown				M/	ARRIED (Family	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME		(Attach Proof of (आप का साह्य			Income)			
PAN No. THE BIRT HISTI ARE YOU AN INCOME TAX	ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes/N				
	- 17			DETAILS परिवास	विवस्य			
Sr. No. 36म संख्या	Name of Family Member परिचार के सदस्यों का नाम			Age (Years) उम्र (चर्ष)		Gender लिग	Relation with Applicant आयेदन के साथ सम्बद्ध	
(2)		Samom		22		7	Dough Fer	
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA delle anui	NCE (Tick which	ever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साचा प्रति संलग्न करे।		अत्य जान वर्ग प्रमाण पा	(Attach Certificate Copy) आत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संतन्त करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
•				I IESTING ASSIST वे विनती का उद्वे				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सुर्वी संलग्न							
	Diognosis - RE - Senice Cotoroct							
	LE - Senile Cataract							
		- Service						
EJr c	57	vygery-1	F.	SICS	4	Uth 1	PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेत् कोई					S	
Sr. No. क्रम् संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम			AMOUNT			of Assistance Being availed ली गई सहायता शरी	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा घोषमा 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.
- 1) मैं भोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवसण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवसण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महायता गति "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी गरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सक्षापता ग्रेंतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोफ़ नियोचक मीमा कम्मनी में न तो लिया है और न ही पविषय में सीगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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/schievements. 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.
- 3) इस प्रयक्ष पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, में (आयेशक) अपनी सहमति को पुष्टि फरता हूँ एवं "कांशिका फरठेंद्रान और उसके न्यासीयों " को अधिकृठ करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो कितरण इस प्रयक्ष में धीपत है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, यान, वाचनात्रण इसरे उन्होंने मार्टिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार वाध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयक्ष का विवार भी इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उन्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का ठकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसको न्यासियों का निर्णय और बाष्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को शब्साका या अंगूरे का रिजान है।

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पेक्स द्वार करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm δ 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

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताकरी की ओर से मामले-एंगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की काती है, जिसे हम (हम्पतान) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्षीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे था ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाउन्देशन"
से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहस्यता किसी अन्य में "कोशिका सकता है तो अस्पताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहस्यता लेने का अधिकार सुर्राक्षण रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/भागले हेतु किसी
गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से लेती लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महत्यता केवल विशिध प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह मा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इल्लान सुरक्षा और ठाने जाने की सारी विषयेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिकार या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06-07-2023

Dr. Dharmender
(Name of Dr. Wilgin, No. with Stamp)

Ranveer Singh Sandhu

(Name, Designation Commister Approved Signatory Dr. Shroff's Charley Byerldsportal

नम् अक्रिकार्व)अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग होत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी इस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामा हस्ताक्षर 2

