APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)



	सहायता हेर	रू आवेदन प्रारूप		(स्वास्थय दखभ	गल)	foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	0/0	895/0369	APPLIC आवेदन	ATION DATE :	-2025	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Mo18.	SUSHILA		GE-YEARS SITE - THE	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME Late	Mar Shaye	am I	al			
BAND KHERH Band whede Saharanieur Saharanieur						Pure of Postop Moss SUSHILA	
	Pf	ERMANENT RESIDENCE ADDR	ESS: स्था	आवासीय पता		Moss SUSHILH	
		Same a	s at	20Ve		(0369)	
OCCUPATION: Home Makey					MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	48,0	00 (Family	In	come	(Attach Proof of (आय का साक्ष्य	Income) संलग्न) N P	
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable):		Yes / No हां नहीं			
क्या आप आय कर दाता	ह (जा भान्य हा ठ	स पर सही का निशान लगाये।	FAMILY D	ETAILS परिवार विव	13.01		
Sr. No.	Na Na	me of Family Member	Ag	e (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	uf	खार के सदस्यों का नाम	3	प्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
(1)	_	Vocesh	_	30	M	Son	
(5)		Yours		40		0.07	
			_				
			_			-	
			+				
	_		-				
		BASIS for REQUESTING	ASSISTAN	CE (Tick whichever	r is applicable)		
		सहायता के लिये वि	वनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रभाण पत्र (प्रमाण पत्र की खापा प्रति संलय्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की ख़्या प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
		"PURPOSE सहायता	" for REQUI हेतु किये गर	ESTING ASSISTANC वे विनती का उद्देश्यः	CE:		
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
क्रम सक्या		ALTHOUGHTS III AND AN OR MILES OF THE TAXABLE					
	10.						
	Magnosis - RE - Serile Calayaci						
	IE - SPHUE Calamaci						
	_				The street	21 NK	
	5 .	5					
	OW,	Dangery - 1E - SICS with PMMA					
			_	_			
		ASSISTANCE BEING AVAIL	LED for SAI	ME "PURPOSE" fro पता किसी अन्य स्त्रोत	m OTHER SOUR से लिया गया हो?	CES	
Sr. No.					AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का			ली गई सहायता राशी		
2.000							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 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.
- 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 हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्राश का आंतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

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.
- इस प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्सियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: महायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (प्रस्पताल 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कांमान और न ही भविषय में वितिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाइन्डेरान" से सिफारिश/विनति उवत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्हेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव गेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फातन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाय नहीं है। इसलिये ४स्पताल में येगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख 21-8-202

& Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalt of Respital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारो

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2