SRF-C-25-08-1134

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभात)				Koshika	
APPLICATION No.: S 0825 0370 अपेवेरन संख्या :				LICATION DATE : वन तिथी 91-8-2025			Building block of life.	
NAME OF APPLICANT : Marie of APPLICANT : Marie of APPLICANT : Marie of APPLICANT : Marie of APPLICANT :			AC	AGE-YEARS अपु-		SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Late My. Bhopal Singh								
Mills till soul, Tost till saul, Jahre Sanger om Canhoring, Till saul, Saharapun, Saharapun, Till saul, Saharapun, Till saul, Saharapun, Sahara							Rose of post of My. Madanpal	
PERMANENT RÉSIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता							(0370)	
OCCUPATION :	thorus				MA	IRRIED (विवाहि	ন) / UNMARRIED (সবিবারিন)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय					(Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) NA			
PAN No. स्वाई साता संस ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes/N डॉ/ य		-		
वना जान जान कर नाता	0 (41 41-4 01 0		FAMILY DE	TAILS परिवास	Marie and Park			
Sr. No.				(Years)		Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	परिवार के सदस्यों का नाम		उस (वर्ष)		लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
(3)	-	Rocketh		39		M	Dough Her in Oak	
- 0		/ Cransha					very men in some	
	-		+		-			
	+		+	1				
					T			
			-		_			
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये बिन	SSISTANG	E (Tick which	sever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र (ग्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		opy) हार्ड	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		"PURPOSE" fo सहायता हेत		STING ASSIS				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached								
क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग							r	
							4	
	Diagram in the				- senilo catariact			
	prag	10514 - 7	Calaylact					
	IF - senile catariact							
	0						NI)	
	1511913	1091U- R	Jith PMMA					
				The second secon				
		ACCIOTATION DELLO MIANTE	D for PAIR	E EDUDDO OF		THER SOURS	Ee	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई अ					Eo	
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE					AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
		अन्य स्त्रोत का नाम				सी गई सहायता राशी		
	-			1	-			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पापा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सडायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आयेदक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो तिवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रस्पताल 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, हस्ताक्षरी को ओर से मामले/रोगो 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 वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधत 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 नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Industry ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Startes 21-8-202 enthorised Signatory (NanDMG, No. 50985 (NanDMG, No. With Stamp) नाम व पर हम्पता जीधकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासो हस्ताक्षर 2