APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)							Koshika
APPLICATION No. : आवेतन संख्या : (/०२२३/०३२०				LICATION DATE	:07	-07-202	
NAME of APPLICANT:			1200	AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX शिंग		SEX Prin	ATTAL ATTAL
आनेषक का नाम				59 F		F	
FATHER'SISPOUSE'S NAME : पितानायुक्त का नाम / त म्ह त्याम हित्ताता							
	9W9h	PRESENT RESIDENCE ADDR	5/20	नेमान आधासीय प १८०५ /	11 209	wan	PASTE PHOTO HERE PAGE OF POSTOP
	F	ERMANENT RESIDENCE ADDR	ESS: T	थाई कावासीय पत			MW+1° (0370)
		same as a	2501	10			(50,0)
OCCUPATION: HOME MOKEN				MAARIED (Togilis			l र) / UNMARRIED (अविद्यासित)
कुल चर्षिक काय	49,0	00 (Family	In	come)	14	ttach Proof of I आयं का साध्य	ncome) eterra) NA
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):		Yes / N			
क्या आप आप कर दाता	है (जो मान्य हो त	स पर सही का निशान लगाये।	EAMILY	हां/ प	الم		
Sr. No.	Name of Family Member		FAMILY DETAILS URATE Age (Years)		_	Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या		परिवार के सदस्यों का नाम रिटार्स स्टिप्टिंग		उम्र (वर्ष) 27		लिंग	आवेदक के साथ सम्बध
(2)		80070		2.3		<i></i>	paughter in on
(3)	-	Tanui		02			Coudnot dough Fe
			\downarrow				
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA नति आध	NCE (Tick which	hover is	applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को डाया प्रति सलस्य करे।		आत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Copy)		Retion Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की समा प्रति संतान को।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साल्य
				JESTING ASSIS ाये विनती का उर्	22.00		
Sr. No. Medical Reports/Prescript क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उ							
	n						
	Diognosis-RE-serioe cararact						
	LE - Seniel Cotomoct						
	Sc	DIGONY-	PE.	- STC	6	with	PMMA
	705						
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश के हेतू कोई	अन्य सहा				S
Sr. No. कम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम				AMOUNT o	ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई स्थायता ग्रंगी

DECLARATION by APPLICANT: अमिर्क झरा क्रेंगवा 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.
- 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.
- 1) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पत्या जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहारक्षा गाँश "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पुष्ट कात हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थश की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य श्रोतानियोजकावीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही संविध्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (300004 \$10 400)

- 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 प्रयत्न पर आपने इस्ताक्षर या अंगते की स्थाप लगावन, में (आवेदक) अपनी सामित की मुच्य करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाय, पता, फोटो और जो किनता इस प्रथा में फोबित है, उसे "कोतिका" एवम् नासी, दल, याचन/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम में प्रसारिए करने थे लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रथप का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका काउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेटक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और किवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "क्रोशिका" एवम् उसको न्यासियों का निर्णय अतिम और बाग्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थिएक को हस्ताक्षर या अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (तस्पताल 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, इस्ताकृती की और से मामलेरोंगी को "कोशिका फाउन्सेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की खरी है, निसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान क किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विनति उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा महत्त्वता विनति व्यक्तिकत्सकल हेतु मन्दुर नहीं किया कता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्विलीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य माधन से नहीं लेगा/लेगी।

2 "कोशिका फाउन्डेनन" से ली नई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। येगी पर हरपताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का सुनाव येगी एवं हरपताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउ-डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये हरमताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने की मारी जिम्मेदारी रोगी एवं हरमताल की होगी और "क्रोशिका" की कोई चूमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07-07-2023

Dr. Ravi Raj Jain MBBS, DOMS (AMU)

(Name of DR & Reblo No. Was Stamp) हाक्टा का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न.

Ranveer Singh Sandhu

(Name, Designation & Stain of Rethorised Signatory C. Shrott's Chantan or state on the light of the control of भूगे के को क्रिकेट्टी अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी हस्ताधर 2



