SRE - C- 25 - 08-1209

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				hcare) देखभाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	15/082		APPLICATION DATE	8-2025	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT : AGE-YEARS आयु-वर्ष SE						
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम		1. Kodam J	habina	n		
Vi llas	10 - Ah	PRESENT RESIDENCE ADDRESS			PASTE PHOTO HERE	
7.0	Dehat	Sahayhnplus,	Nanhaut	o littan	Pore of post of Mors - Gruddi	
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पत	·	Mors - Gruddi	
		Same as a	rhove	-	(0374)	
OCCUPATION: Home Makes (Teat)) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: जुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्थाई खाता स	tion NFI	000		(SHY SH THEY I	1111	
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	3					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण						
Sr. No. कम संख्या	Na परि	me of Family Member वार, के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
(1)	Ko	dam	54	M	Husband	
(3)	Chantu		7.0	M	Son	
(3)	3) KinKII		18	111	Son	
	+					
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति		thever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की डाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खापा प्रति संलग्न करे	(A 3	Ration Card Attach Copy) पभोक्ता कार्ड को साथा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			REQUESTING ASSIS क्रये गये विनती का उ			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न				
	10:0	Di de de		- senile catalact		
	Viag	Viagnosis - 77-		original Cardiaci		
		15-		senule catagod		
	11,7371					
	Comme	- 0/f/		and with a second		
	Ourgo	Jungery - LE -		BICS WITH PMMA		
	1 0	V				
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	or SAME "PURPOSE । सहायता किसी अन्य	E" from OTHER SOURCE स्त्रोत से लिया गया हो?	ES	
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE	E	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम			ली गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

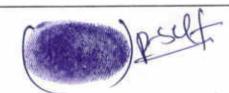
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me
- 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) मैं घोषणा करता हूँ 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 सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहापता 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) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घविष्य 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.
- 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 विवरण इस प्रपद में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों 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: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवन् उसकं न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 की ओर से मामले/रोगी 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/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर 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 स्थप्ट 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 बितिय 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 दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। shroff's

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

22-8-2095



upn & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताबर 2