APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखपाल)							Koshika	
APPLICATION No.:				PLICATION DATE	:07.	07-2023	Building block of life.	
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS आयु-वर्ग		SEX THIN		
आवेदक का गम		:000		63		M		
FATHER'S/SPOUSE'S TROUGHEST TO THE	HAME: Late	PRESENT RESIDENCE ADD	15					
Jalapour, Otto H Prodesh, 251305							PHEOP POSTOP	
		PERMANENT RESIDENCE ADD	RESS:	स्याई जाधासीय पर	ī		ROTPOR(0374)	
		same a	Cal	sove			(0)74)	
OCCUPATION:				MARRIED (विवाधि			/ UNMARRIED (जिल्लामित)	
चुल वार्षिक आप 50,000					(A	stach Proof of आयं का साह्य	Hictorne)	
PAN No. THE THE T								
क्या अरुप अर्थ कर दाता	TAX ASSESSEE है (जो मान्य हो र	(Tick whichever is applicable) इस पर सही का निशान लगाये।	i i	Yes / । सर्गे /	Yo.			
				Y DETAILS THE	-			
Sr. No.		Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender fein	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
(7)		Santo devi		60			WIFE	
151		Vikas		35	14		Son	
43.2		UISTRIA		13			0.00	
	_		-					
	_		_		_			
			-		-			
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये	G ASSIST विनाति अस	ANCE (Tick which	hover is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाषा प्रति संसरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आया प्रति संतरन करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संतरन करे		py) सर्द	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
			1 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	NUESTING ASSIS गर्म विनती का उर	21.21.2.4			
Sr. No. फ्रम संख्या					Reports/Prescriptions Attached स्ट. से जारो जी गई प्रतिबंदन सुधी संसम्म			
	Diagnosis - RF - SPRIDE CONTROCT							
	100	JUGGHOSIS - RF - SENIOR CONTOUCH						
	LE - Pseudo phocic							
						1.774		
	5	INOPHII-	DE	- SECS	. /		nand	
		of the	116	1/(1	u	Um C	11-07	
			irre					
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू को।	LED for Si अन्य स्त	AME "PURPOSE त्यता किसी अन्य	" fram O स्वात से	THER SOURCE लिया गया हो?	S	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR अन्य स्त्रीत का नाम			E		AMOUNT o	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहामत गुशी	

DECLARATION BY APPLICANT: SHIPER INTO WHITE THE

- 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्तय प्रया जाता है तो मेरी महायत निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार को सहायत राति "कोशिका कार-देशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की मूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि कात है कि जिस सहापत होतु यह प्रार्थश की गई है, उस गांश का आंशिक थ सकत हिस्सा किसी अन्य खोतानियोगकावीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेषक 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 इस्ताबर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमां। की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाग, पता, फोटो और जो विकरण इस प्रसद में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी उसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑशक्त है। मेरे प्रयत का विकरण मेरे इलाज के पाले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउडेंसन" व न्यासी ऑधकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सतमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का डक्रयार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यसिखें का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आचेदक के हस्ताधर या अंगृते का

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पतास क्रम करा)

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

हमारे ऑफकुठ, हस्ताक्षी की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका 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 तर्रामान और न ही भविष्य में विदिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे था ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पिनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहस्वता विनति ऑशिक/सकत हेतु मन्बुर नहीं किया काता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जता है कि अस्पताल द्वितीय घरर उका रोगी/मामले हेंगू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गर्न सहायता केवल कितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इसाव सुरक्षा और आने जाने की मारी विम्मेरारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पुषिका या जिम्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकतो के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारोख

Dr. Dharmender

DMC-15402 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न.

Ranveer Singh Sandhu

(Name, Designation & Stame of Authorised Signatory Dr. Shroif & Change of Mospital)

नाय के प्रस्तान अधिकत अधिकारो

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

09-04-2023

07-07-202



Street Section Section (1994)

3683 8474 6418

000