APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)				Koshika
				foundation
PPLICATION No.: V 0921	0385	PPLICATION DATE : विदन सिम्बी	23 09 21	Building block of life.
AME of APPLICANT : Hand	am Singh	AGE-YEARS HE	पु-वर्ष sex लिंग	400
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shiv chavan				The state of the s
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				0) 0 1
Dist. Aligarh, U.P. 202195				Preop Postop
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वार आवासीय पता				(0385) Hordan
	Same as at	ove		Singly
CCUPATION:	+		MARRIED (TONIÈS) / UNMARKIED (Wildalish)
otal annual income : N ल वार्षिक आय			(Attach Proof of I (आप का साक्ष्य र	
AN NO. स्थाई खाता संख्या RE YOU AN INCOME TAX ASSESSE	E (Tiek whichouse is anniicable)	Yes / No	10	
। आप आय कर दाता है (जो मान्य हो	उस पर सही का निशान लगाये।	हां / नह	1	
Sr. No.	Name of Family Member	LY DETAILS परिवार Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उस (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध
	BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	TANCE (Tick whiche	ver is applicable)	
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न		HA)	tion Card ach Copy) ोक्ता कार्ड छाया प्रति संलम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
		QUESTING ASSISTA ये गये विनती का उद्देश		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RE — To tal Corta Lact			
		10150	0.01.5	
	16	- Tota	Contabe	act
	Sungu	14 - (IE	SICS	L ett A l
	- 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	7.10		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरेश के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

2000

NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम

Sr. No. क्रम संख्या

DBCS

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहस्यता राजी

DECLARATION by APPLICANT: आनेदक द्वरा 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 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 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, for which this assistance is requested.
- 1) मैं भोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुस्तर सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्थत निरस्त की
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा राहे हैं, उसका उनयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीश का आशिक 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 हस्ताधर या अंगठे को छाप लगावर, मैं (आवंदक) 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 प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चन, बाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार साध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेदक) 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 ऑतम और बाध्वकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हमनाल 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त ग्रेगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/क्निति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका ग्रेगी/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। रोगों पर हस्यताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउम्बेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने बाने की सारी जिम्मेद्रुक्की

की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE 4dministrator

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

के लिए संस्तृति .B.B.S., DOMS, DNB

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of All borised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2

19.01.2021