APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika foundation
APPLICATION No.: V 0 8 2 5 10 3 8 9			APPLICATION DATE : २८/७८/२५		Building black of life.
NAME OF APPLICANT: Rayveer Singh			AGE-YEARS		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Amar Singh					
Nagda Aŭ	4. M	CHUT9, U.F.	०. 28 00 । ss: स्थार आवासीय पत		Rreop Postop
		same as	- above		
OCCUPATION:		bows			त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: जुल वार्षिक आप (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/I		
- North Control of the Control of th	130.4.6111.011.21194.0-		AMILY DETAILS परिव		
Sr. No. क्रम संख्या	Na VI	me of Family Member रवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender ਇੰਸ	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
1.	Foodwale		64	F	Wife
7 -	Chan My am		27	m	Son
3.					
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विनी	SSISTANCE (Tick whic त आधार	thever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षरण प्रति संसरनः	(A 3	Ration Card Attach Copy) गमोक्ता कार्ड की साथा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
			r REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उप		-
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पातलाङ्ग्रेकर में जारी की गई परिषेद्ध मनी संबाद					
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग AE - Catana Ct				
	LE- Cataract				
	Surgery- (LE)-SICS+PMMA				
		AUDIOTALIAE RELIA AUG.	F24 TV		
		Assistance Being Availed इस उद्देश्य के हेत् कोई अ	न्य सहायता किसी अन्य	" from OTHER SOURCE स्वोत से लिया गया हो?	S
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURC अन्य स्त्रीत का नाम		AMOUNT	र्ग ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	anc.			2000/	2 32 33

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा ध्येषणा 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.

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.

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 भोषणा करता है कि इस प्रक्राप से दिये गये सभी विवरण सेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। परि कोई विवरण एवं सधन असत्य पाया जाता है तो मेरो सहायता निरस्त की जा सकती है
- मेरे द्वार जो सहायता गृहि "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा गृही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन को गई है, उस गाँत का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिक्क में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अश्वेषक 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 प्रचड पर अपने हस्ताक्षर या अंगते को छान लगाकर, में (अगोरफ) अपने सहमति को मुध्य करता हूँ एवं "कांशिका फाटडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा पान, पता, फोटो और जो विवस्प इस प्रपत्र में चीकित है, उसे "कोशिका" एथम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रमार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवस्ण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।

में (आवेरक) इस बात में सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का तकटार नहीं बनाता। इस सम्बंध में

"कोशिका" एवम् उसके न्यासियाँ का निर्माप ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेदक के प्रस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

रामने रासिह

AGREEMENT by HOSPITAL (*** TUTE TO THE TOTAL (*** TUTE TOTAL)

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, इस्ताक्षरी को ओर से मामले/गोमी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहावता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो कांचान और न ही सविष्य में वितिय सहायदा किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोश से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनांत उक्त के सम्बन्ध में "काशिका फाउन्डेशन" द्वारा मगद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सवति औशिक/सक्तम हेतु मन्तुर नही किया जाता है वो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकार्ग संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्गकर रखता है। इस मुख्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उसत रोगी/मामले हेतु किसी

मैं मरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कीशिका फाउन्डेशन" से ती गई सहायशा कैवल विशेष प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दों गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया कर की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दों गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया कर की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दों गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया कर की है। रोगी पर हस्पताल हो रोगी के इलाल सरका और अधि

ज सरका और औं जै जो की सारी जिल्ह्यात के एवं हस्पताल

Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख Reg. No.

26/08/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. म. (Name, Designment & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी सस्तासर 2

lite