1	(0	S	1	1	i	k	2:	a
f	0	u	n	d	a	t	i	0	n

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				aitncare) थय देखभाल)	KOSNIKA foundation						
APPLICATION No. :	0/00	25/0418	APPLICATION DA	9-8-25	Building block of life.						
आवेदन संख्या :	5100	25/04/8	AGE-YEARS	the same of the sa							
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	M913	s Kashamiri	5								
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: te.	Mar. Tillu									
154		PRESENT RESIDENCE ADDRES	I, Aha	ne 10 udda.	Pul oppostop						
	0110	1	7777		Mus Kashamivi						
		ERMANENT RESIDENCE ADDRES	1	पता	(0418)						
	9	and as a	bove		(0418)						
OCCUPATION : व्यवसाय	lome 1	Maken		Control of the Control of the Control) / UNMARRIED (अविवाहित)						
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	ME: US,	000 (Family	y Incor	भा) (Attach Proof of I	ncome) VA						
PAN No. स्थाई खाता स				/							
बया आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो ठ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	हां	s / No / पही							
Sr. No.	T No	me of Family Member	Age (Years)	रिवार विवरण Gender	Relation with Applicant						
क्रम संख्या	, RE	खार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध						
(1)	1,93	Robits	30	M	Son						
(2)	icte.	amt		- Ri	Son						
(3)	711	Subbah	25	101	San						
	_		+								
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन		vhichever is applicable)							
BPL C		EWS Certificate		Ration Card	Any Other Basis/Proof						
(Attach Care		(Attach Certificate Copy)	9 1	(Attach Copy)							
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाबा प्रति संलग्न	क्रो। (च्याण १	उपभोक्ता कार्ड पत्र की स्राया प्रति संलग्न करे।	अन्य कोई सास्य						
(प्रमाण पत्र की छाया	प्रात सलग्न कर।	(अमान पर का छात्रा आतं सतान	and Carrier	44 401 00141 300 100151 4001							
			or REQUESTING AS १ किये गये विनती क								
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न									
क्रम सक्सा	अस्पताल/कावदर स जात का गर् प्रातवदन सूचा सलग्न										
	Di que de la contraction de la										
	Viagnosis - RE - Schile Catariaci,										
	IF - senile catagact										
	207										
	-			11 152 Table 15 or							
	July	ey -	C	STCO WI	th PMMA						
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतृ कोई व	D for SAME "PURP प्रन्य सहायता किसी व	OSE" from OTHER SOURC अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?	ES						
Sr. No.		NAME of OTHER SOU	RCE	Carlo Designation of the Control of	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता राशी						
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम			ता गर् सहायता वसा						

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा योगणा पत्र:

- 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.
- 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 है 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 सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में भग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी थी 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 हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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:

It hat 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 को और से मामले/रोगों 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 बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महर्पित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर 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 स्मन्ट 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 वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुपाब रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आँगरेशन की तारीख (Name Designation & Start of Authorised Signatory on baball of Depital) नाम व करनातल अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

20 - 03 - 2025