APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखामाल)							Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन मोह्ना : (/०७२३ /०५४९				PLICATION DATE	20-0	7-2023	Building block of life.	
NAME of APPLICANT:				AGE-YEARS कानु		र्ग SEX लिंग		
आवेदक का नम				52		F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:				1 02		1.7-		
पिता/कटुम्भ का नाम	MYTI	ntojay						
STICHTUR SUPPORT BUTTOR 24 7231	Senos	PRESENT RESIDENCE ADD	HOP	Choyo KOYO	to k	ataa,	PASTE PHOTO HERE PHE OF POSTOF NOSIMO(0429)	
		some o	25	Obove	/		, , ,	
occupation : अवस्था मिलाह Mojcery TOTAL ANNUAL INCOME: 50,000 (Family							हर्त) / UNMARRIED (जनिवाहित)	
कुल वार्षिक आप	50,00	O (Family	1	ncomo	0) (	ttach Proof of आय का साक्ष्य	Income) H라다) 人人人	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / ! हां / ∶				
STATE OF THE STATE	4. 4. 31 (40.4-41)	AUGUSTANIA AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN	FAMILY	DETAILS परिव				
Sr. No.	N.	ime of Family Member		Age (Years)		Gender	Relation with Applicant	
अप सम्ब	7	रेवार के सदस्यों का नाम	_	उम्र (वर्ष)	-	सिंग .	आवेदक के साथ सम्बध	
(2)	BO.	BOS COORD		123		4	Hashond	
(2)	sehnuma			22			DOUGHER	
(2)	F	Fygna		20			MUGHIET	
(2)	100	Sobbook		15		1	Daughtey in las	
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये नि	assist/	ANCE (Tick which	hever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की सामा प्र	EWS Certificate (Attach Certificate Cop अल्प आन वर्ग प्रमाण प (प्रगाण पत्र की साम प्रति संस्थ	1	उपमोक्ता क		ру) तर्दे	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
				UESTING ASSIS गर्वे विनाती का उद्				
Sr. No. क्रम संग्रहा					d Reports/Prescriptions Attached क्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	Diognosis-RF- senice cotomoci							
	1 - senive cotatact							
	50	ндену.	Æ.	SZCS	61	11th 7	MMA	
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उर्देश्य के हेत् कोई	ED for SA अन्य सह	ME "PURPOSE पता किसी अन्य	from O स्त्रोत ये f	THER SOURCE लेपा गया औ?	S	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR				OMNT OF U.S.	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली मई सहायता गर्गी		
							-3 1 1	

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वार 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.
- 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 फ्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असन्य पाया जाता है तो मेरी महामा। निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्बेशन", से लो जा की है, उसका उपयोग उसी उरेरन की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में पर गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का अधिक या सकता क्रिस्ता किसी अन्य स्रोद/निशीनक/बीचा कम्मनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में तुँग।

### AGREEMENT by APPLICANT (उत्तरेहक द्वार 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 प्रपष्त पर अपने हरताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हैं एवं "कांतिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा गम, पता, पतेशे और ओ किवरण इस प्रपत्र में खेलित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, प्रम, व्यवना/या दूसरे उद्देश्य से बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयोदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेश जान, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकवार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

#### AGREEMENT by HOSPITAL (FERRIS EN TER)

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/रोगों को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिष सहायता हेतु सिकारिश की वार्ती हैं, मिसे हम (हस्नताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वमान और न हो भविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्थेत से उक्त ऐगी/धामले में लेंगे था ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"
से सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हारा सहायता निर्मत लॉगिक/सकल हेतु सन्तुर जी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्गका है। इस पृष्टि में सन्दर कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त ऐगी/खमले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन से नहीं लेग/स्वेगी।

2. "क्लोशिका कावन्देशन" में ली गई महायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "क्लोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाने की सारी विश्मेधारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्लोशिका" की कोई प्रांपका या विश्मेधारी इस पामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति Houle Ranveer Singh Sandhu **Date of Surgery** ऑपरेशन की सारीश Dr. Sandeep Ghildiyal Divinistration of Authorised Signatory on herbair of Hospitalian 20-07-2023 (Name of Dr. & Right, No. Will Stamp) द्वाबटर का नाम व हस्तावर व रवि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2 न्यासी हस्ताक्षर 1





# Inique to the last Authority of India

to all proof, if there is, we test dots tarry must sel atms gots, savey, service serviAdministration of the St. Children Road Green Francisco Serge of Paragonal Karles Susan, Raskin, Biotheritica, Sannerspou, Utae Bradein, 201721.

# 9538 8882 3865







