APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्पय देखगाल)						ਜ)	Koshika foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 5/0723/0424				ATION DATE :	20-0	07-2023	Building Mack of file.	
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS आगु-गर्ग		SEX firm	ing the	
आवेदक का नाम MAC NOOS Tahan				62		M		
FATHER'S/SPOUSE'S N	AME:							
1100005711.911-113	OF-	PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS वर्तमान	आवासीय पत	t .			
Dampag	1 9/2	Manpour, Ho		2001,0		1021	PASTE PHOTO HERE	
F-2010ACAZE	4.20	/1./.te					PHEOP POSTOP	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRE	5S: स्यार	आधासीय पता	-		NOOMJahan	
		Same as I	200	VP	_		(0424)	
OCCUPATION: HOME MOKELY				MARRIED (विवास			ात) / UNMARRIED (अविवासित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000					(A	ttach Proof of I आय का साध्य	Income) संस्थान) NV A	
PAN No. THIS BIRT HEA	INA			227715400				
क्या आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो र	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।		Yes / No वा / ला				
				TAILS परिवार विकरण				
इ.ए. सहस्र इ.ए. सहस्र	परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		7	Gender रिनंग	Relation with Applicant आवेदक के लाथ सम्बंध	
					_			
							697.	
		BASIS for REQUESTING AS	SSISTANCE	F (Tick which	mone lie:	annlinshini		
		सहायता के लिये विना	त आधार	e (then mineth	U.V. 404 . 1187	арричаске		
BPL Card (Attach Card C गरीबी रेखा के नीचे प्र (प्रमाण पत्र को कामा प्रति	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संसरत र	Ration Care (Attach Copy उपभोवता कार करें। (प्रमाण पत्र की कारा प्रति			ру) सर्वे	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
		"PURPOSE" fo 研究可可 首件		TING ASSIST				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached							
कम संख्या	अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलन्न							
	Diagnosis- RF- (enice catavact							
	LE - SENIDE COLOMOST							
	-			_	_			
	06	149849-1E	- 0	105	4	Uth 1	PMMA	
		0 0						
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्दरेश के हेत् कोई अन	for SAME	'PURPOSE" ! किसी अन्य स	from O	THER SOURCE लया गया जो?	3	
Sr. No. क्रम सहस्र		CE	paning and party and and beginning and some start probability			NT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
		अन्य स्थात का नाम					AMINITO-TEININ TIII	

DECLARATION by APPLICANT: MINCE BIT MINT TI:

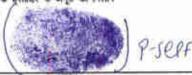
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "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 reimburaement, 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 प्रकप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवास एवं कमन असत्य पाया जाता है तो मेरी सतायत निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा को सहायक ग्रांग "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का सी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सम्राप्ता हेंदू यह प्रार्थना की गई है, उस सींश का आंशिक या सफल किस्सा किसी अन्य खोदानियोजक/कीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक 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 इस्ताधर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सक्तमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिया फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, वाचन/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रचार माध्यम सं प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का विवरण मेरे इसाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउबेसन" व न्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमार हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण को कि सहामता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकपार नहीं वनाता। इस सम्बंध में "सोशिका" एवप् उससं न्यासियों का निर्णय असिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (#म्पताल क्या 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्तावरी की ओर से मामलेतोगी को "कोरिका काठन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे वम (हस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तपान और न हो भविष्य में विविध सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से ठका रोगी/धानले में लेंगे या ले खे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिस/बिनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहस्था विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ग्रैर सरकारी संस्था मा किसी अन्य सन्यापन से सहायता लेने का अधिकार सुरवित रक्षता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कांशिका फाउन्डेरान" से लो गई सहापता केवल चितिय प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाब सेगी एवं हस्पताल में बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगो और "कोशिका" की कोई पुगिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख 20-07-202

Dr. Dharmender

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

Ranveer Singh Sandhu

Administrator (Name, Designation & Stampfol Mittarised Signatory of Dehalf of Hospital) नीम थ पर अस्वित अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षर 2

