### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No.: APPLICATION DATE 20-07-2023 Building block of life. C/0777 /0475 आवेदन संख्या : आवेदम तिथी AGE-YEARS STIT-TIT SEX fein NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम My 104000 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कदम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आधासीय पता PASTE PHOTO HERE PHEOP POSTOP PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार्ट आवासीय परा TeJPOD(0425) same as above OCCUPATION: MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: 49,000 (Attach Proof of Income) (आप का सारव संलग्न) PAN No. THE THE THEFT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सती का निशान लगाये) र्ग / हाम-FAMILY DETAILS THERE GREEN Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम आवेदक के साथ सम्बग उम् (वर्ष) सिंग Olpvoti BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति जाधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof नरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संसम्द करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहस्थता हेतु किये गये जिनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिषेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संख्या ली गई सहायता छती अन्य स्थात का नाम

# DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा गांपणा 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 भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सठी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायत निरास की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता राति "कांशिका पाठन्देशन", में ती का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेण, जो इस प्रारूप में भरा गांध है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि दिस सहायात हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक य सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोत/तेगोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रतिस्य में लुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( SHORE THE WAY)

- 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (अपनेदक) अपनी सहगति की पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि भेग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में भोषित है, उसे "कोशिका" एकम् नामी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार सध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- मै (आकंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायक का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑक्ट बाध्यकारी होगा।

#### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवंदक के इस्ताक्षर या अंगत का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (क्ष्मवाल हारा नारार)

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:

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, हरताकरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतू सिरकारिश की जाती है, निसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहावता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उबत रोगी/यामले में लेंगे या ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उबत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हुए भर्द हेतु कि हैं। बंदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए सहावता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्मातल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धान से संख्याना लेने का अधिकार मुर्गीकत रक्ता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मध्द उबत रोगी/फायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/होगी।
- 2. "क्वीरिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता कोवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का जुनाव गेगी एवं हस्यताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के श्लाज सुरक्षा और जाने जाने की सारो जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेशन की वर्गाख

Dr. Sandeep Ghildival

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रिव. न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Recommended For Acceptence

Reduction Acceptence

Ranveer Singh (Sandhu

Administrator

Dr. Name Personation State objettherised Signatory

(MARPAGE of Hospital)

निर्माण विकास का अधिकृत अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE OF TRUSTEE ?
न्यासी हस्ताक्षर !

Sufference of Trustee ?
न्यासी हस्ताक्षर 2



