APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 25-08-25 Building block of life APPLICATION No. : आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS जाप-मर्प SEX fem NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आखागीय प्र DIST- HIWYY JUNJUT, Har Roag 2919 Athen 30/412 meop PostoP PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 960 ve OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय armer (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आप का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आप NA 50000 PAN No. स्याई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निज्ञान लगाये। हां (/ नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवंदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उस (वर्ष) लिंग क्रम संख्या MI BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपधोक्ता कार्ड यरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अल्प वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हंतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलन्न क्रम संख्या 205/5 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या NII

DECLARATION by APPLICANT: SHIPE BU SING VI:

- 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.
- 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 5 will not in future, avail of reintigreement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के न्युसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्सच प्रमा जाता है तो मेरी सहावता दिस्स की का सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता शांश "कोशिका फाउन्डेशन", से लो जा रही है, उसका पार्थांग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का कारीसक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत्तरियोगक, बीमा कम्पनी से न तो तित्या है और न ही चांत्रिय में त्रुँक।

AGREEMENT by APPLICANT (SHITCH BIT WIT)

- 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 will citing 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, addinus, 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 the regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रथत पर अपने हस्ताक्षर या अंगते को क्षाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी अहमीत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशाका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निकरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याची, 🖙, याचना/या दूसरे उन्हरेश्य से जुडी गतिबिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का किवरण मेरे इलाज के पहले 📦 बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउरेरन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवदेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण 🗯 कि सहायता के ठट्टेरमों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकवार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेरक के इस्टावर या अंगूठे का निराम



AGREEMENT by HOSPITAL (THERE DO 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for incommending 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 diplicate 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 की ओर से मामलेपीमी को "कॉशिका फाउन्देशन" से किछ सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। यह कि न ले प्रतंत्रत और न ही प्रविष्य में विविध सहस्यक किसी गैर सरकार स्थान या किसी अन्य स्थान से उसर रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्सेशन" से सिफारिश/विनीं उका के सन्वध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मस्द हेतु कि 🏗 परि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहापता विनति आंशिक/सकल हेतु पन्तुर पती किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिका सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भदद उक्त ग्रेगी/पायले ईयु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य शाधन से नहीं लेगा/केगी।

2. "कोशिका फाउन्बेशन" से ली गई सहायता श्रेवात श्रिवय प्रश्नृति की है। रोगी ना अस्पताल द्वारा यो गई सलाक या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल क्षे बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कि**प्री** प्रकार का कोई दवारा को है। इमलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने की मारी किम्मेरारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृत्तिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ठाँपरेशन की जारीम

> (Name of Dr. 6. Regn. No. with Stamp) डाक्टर की नाम व इस्ताक्षर व तीह न

YOGESH YADAV

Assistant Administrator Dr. Stroff & Chapity Syamp & Authorised Signatory

ALWART (Right of Hospital) नाम व पर इस्पतील अधिकृत व्यधिकारी

FOR INTERNAL USE of HOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्वासी हस्ताक्षर ।

M

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ञानारिक उपयोग हेत्

न्यासी हस्ताधर 2