APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखमाल)							Koshika foundation	
APPLICATION No.: 테레વર ਜੰਗ대 :				APPLICATION DATE 2 1 - 07-2023			Building black of life.	
NAME of APPLICANT:				AGE-YEARS SHE		SEX firm		
आर्थरक का नाम MM Idelich				77		14	- Service Control	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME :								
पिता/कडूम्भ का नाम	Late	Not Matid						
27.7		PRESENT RESIDENCE ADDRES					PASTE PHOTO HERE	
DUDGE	100011	ghobbowon,	10	some,	1/2	1007	PSIE OF POSTOP	
- Colored Adams	11 11						POUTOF	
	1	PERMANENT RESIDENCE ADDRES	55: 7	याई जागसीय पता			Idaish (0437)	
		same as	0	bove			3-130 (0037)	
OCCUPATION: MARRIED (Res							1) / UNMARRIED (अविवासित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 42,000					(A	ttach Proof of I	ncome)	
PAN No. EVIII EIIRI E	1171224				- (आव का सक्ष्य र	Herri) NA	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	_	Yes / N	0			
क्या आप आप कर दाता	है (जो मान्य हो र	उस पर सही का निशान लगाये।		हों / न				
FAMILY DETAIL. Sr. No. Name of Family Member Age (Yea								
कर संख्या क्रम संख्या	100	ime of Family Member रेखार के सदस्यों का नाम		Age (Years) 공담 (역약)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
(1) //		pttBo		73		INCI	WIFE	
	1							
			\vdash					
	-							
			-		_			
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विमा	अ:STA	NCE (Tick which	ever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आया प्रति संतरण करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म जाम कर्ग प्रमाण पत्र		Ration Card (Attach Copy) उपगोकत कार्ड		py)	Any Other Besis/Proof	
		(प्रमाम पत्र की छाया प्रति संस्तर व	त्व करे। (ग्रमाण पत्र की सामा					
				JESTING ASSIST				
Sr. No.								
Sc. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची स								
	100							
	1 1)in	Diagnosts - RE - COLOMOCT						
	0							
	LE - Pseudophocia							
SUNGENY - RE-SICS WITH PHYTA								
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस वर्दश्य के हेतू कोई अन					5	
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR अन्य रुपोत का नाम					SSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्य	-					त्ती गई सहायता रागी		

DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा पोपणा पत्र:

- 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 & 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.
- मैं श्रीषणा करात हैं कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहरमता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायात राति "कोशिका फाउन्देशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- मैं पुष्टि काता है कि जिस सहाक्ता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य छोछ/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो तिना है और न ही पंथिय में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक प्राप्त करा)

- 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.
- इस प्रयद पर आपने इस्ताधर या अंगते की साप लगाकर, मैं (आवेदक) आपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यालीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विजरण इस प्रथथ में फोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से बुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोरिका फरवर्डमन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा ताम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोंशिका" एवम् असको न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक को प्रश्ताधर या अंतरे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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:

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, इस्तक्षती की जोर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार वारते हैं। यह कि न तो गर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहावता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्क्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या लं रहे है. जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा घरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्वता विनति ऑशिक/सकल हेतु यन्तुर नहीं किया जला है तो अस्पताल किसी अन्य मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहाधना लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्थय कहा करता है कि अस्पताल दिलीय मरूर उकर रोगी/मामले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गर्द सहायता केवल वितिष प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गर्द सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेसन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इससिये हरणाल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की शोगों और "कोशिका" को कोई भूमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख 21-07-2023

Dr. Ravi Raj Jain MBBS, DOMS (AMU) (Name of By 4 Regn. No. with State street of the 4 restrict of 1921)

Ranveer Singh Sandhu Administrator (Name Designation & Stateple Authorized Signatory on the MATHOSpital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ञानारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताबर 2





