Koshika APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 10-08-2024 Building block of life. APPLICATION No.: 0824 MUUT आपेदन संख्या : आगोरन तिथी AGE-YEARS MIT-IN SEX लिंग NAME of APPLICANT : आयेदक्ष का नाम ve. Kamarja FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कादुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS THE SHARING YOU FORT OF FLAT PHONE LA Post office Poce of Post of Ramaryahan (0447) guine springer PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता about OCCUPATION: NARBIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ome Makey व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 45, 000 (family Incom NA बुल वार्षिक आग (आय का साध्य संलग्न) PAN No. THIS THIRD THEFT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आव कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। तां / सती-FAMILY DETAILS परिवार विकारण Age (Years) Name of Family Member Gender Relation with Applicant Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम लिंग Son Mond BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपमोक्त कार्ड अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संक्षण करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये किनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सुधी संलग्न कमः संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतृ कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. लो गई सहायता रागी अन्य स्थात का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आगेरण द्वारा योगणा 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 8 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) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिवे गये सभी विकाल मेरी जानकारी को अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विकाल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहावाध निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायका राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बार गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहापता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस गति का आशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोतानियोजक कीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो धविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेदक प्राय 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.
- इस प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या अगरे की साथ लगाकर, मैं (आबेरक) अपनी सहगीत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, थता, कोटो और जो विकरण इस प्रपत्र में मोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम सं प्रसारित फारने के लिए आधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकास मेरे इलाज के प्राले या बाद में कारने के लिए "कंशिका फाउडेस्तर" व जासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरफ) इस बात से सहमत हैं कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देशमें से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकादर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी प्रोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक को अस्ताक्षर या अंगूते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPHEN STO NEUT)

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 Koishika 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, हत्वासरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाइन्डेमन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसमाता) निम्न प्रकार से धन्य व स्थोकार करते है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही धविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोरिशका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विन्ति टक्ट के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद शेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा संद्रापता विन्ति आधिक/अकल हेतु सन्बुर नहीं किया नाता है तो अस्यकल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सनसाथन में सहरवता लेने का अधिकार मुर्राक्षत रक्षता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पसान दितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेनु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेग/लेगी।
- 😕 "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केंकल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रीक्रया का जुनाव रोगी एनं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐमी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सुरी जिल्लेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिकर" की कोई भूमिकर या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। ARNAB MODAK RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ADMINISTRATOR स्वीकृतों के लिए संस्तुति SAHARANPUR Date of Surgery Dr. Monika Jasrotia ऑपरेशन की तारीख **DMC No.-5208** (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 10-08-2024 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रावि. न नाम व पद हरपताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक तपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2