सहरवा हेतु आवेदन प्राप्त प्राप्त अम्प्रदेश अम्परदेश अम्प्रदेश अम्प्रद	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				Koshika
AMERICAN CONTROL OF THE TAIL O	सहा	यता हेतू आवेदन प्रारूप	(स्थास्थय दे	खभात)	foundation
AGE-YEARS आप-वर्ष SEX तिर्थ किए का पाय शिव किए का पाय है (अ) पण्य पण्य की पण्य के अपन	CATION No.:	1121/0467	APPLICATION DATE :	12021	
REPERENT RESIDENCE ADDRESS INTERNATION OF TOUGHT OF THE SUBMITTED OF THE	of APPLICANT:		AGE-YEARS आपु	-वर्षे SEX तिनेन	
DIRT - AJUNGY KOLOATHON - 30140  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था अव्यवसीय त्या  ABDUE  CCUPATION: For mey  MARRIED (विश्वासी) / UNMARRIED (अविश्वासी)  (Attach Proof of Income)  (Attach Copy)  (Attac	R'S/SPOUSE'S NAME :		1141.55		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थारी आवाशीय पता  A GOLVE  CCUPATION: FOR MERCINE FOR POOR of Incomes (Attach Proof of Incomes)  (आप का संख्य 52,000/—  (Attach Proof of Incomes)  (आप का संख्य संख्य 52,000/—  (Attach Proof of Incomes)  (आप का संख्य संख्य का स्थार कही का निश्चान लगाये।  Set No.  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):  END AND MICHAEL STREET (Tick whichever is applicable):  Set No.  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  REPUTAL A MICHAEL STREET (Tick whichever is applicable):  END AND AND AND AND AND AND AND AND AND A	wage -	TOJOS, Teh-RO	:55 वर्तमान आवासीय पता 🔼 🕽 🖰 🗡 🕥		Preop Postor
ECUPATION: FOR MEY  MARRIED (Futifier) / UNMARRIED (Struttle (Str	Dist - A.1	PERMANENT RESIDENCE ADDRE		15	
क्रिया कार प्रकार कर किया है कि कार		02 01	2006		
DTAL ANHALIAL INCOME 15 2,000/—  (Attach Proof of Income)  हार प्रिपंत के सक्य करण   52,000/—  AN NO. रूपाई खाटा संख्या  RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  खा आप आप कर रहण है (जो मान्य हो उस पर सही का निराम लगपप)  Sc. No.  Name of Family Member   75 Amily DETAILS चिराम शिवरण   76 Amily DETAILS चिराम   76 Amily DETAILS   76 Amily	PATION: Fax	mer		MARRIED (FINIS	n) / UNMARRIED (अस्पितिन)
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  If a sing and war time, it (a) मान्य हो उस पर सही का निरात्त लगयो।  Sr. No.  Name of Family Member Age (Years) Gender Age (Years) Gender Age (Years) Gender Age (Years) Any Other (Attach Center) Any Other (Attach Center) Any Other (Attach Center) Age (Years) Any Other (Attach Center) Age (Years) Any Other (Attach Center) Age (Years) Any Other (Attach Center) Any Other (Attach Center) Age (Years) Any Other (Attach Center) Any Other (Attach Center) Age (Years) Any Other (Attach Center) Any Other (Attach Center) Age (Years) Any Other (Attach Center) Any Other (Attach Center) Age (Years) Any Other (Attach Center) Any Other (Attach Center) Age (Years) Any Other (Attach Center) Any Other (A	ANNUAL INCOME :				
FAMILY DETAILS चरियार विवास कियरण  Ser, No.  Warme of Family Member परिवार के सरस्यों का नाम  Depender of analyte of analyte  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  RESIDENT of Res	o. स्थाई खाता संख्या OU AN INCOME TAX AS	SESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No	\	
प्रशास के सरस्यों का नाम उग्र (वर्ष) हिले आवेरक के सा प्रशास के सरस्यों का नाम उग्र (वर्ष) हिले आवेरक के सा प्रशास के लिये प्रशास के लिये हिली आग्रा सहायता के लिये हिली आग्रा सहायता के लिये हिली आग्रा सहायता के लिये हिली का स्थास (Attach Card Copy) स्वाक करे तथि प्रमाण पत्र (अपण पत्र को साम्य प्रशास करें। (अपण पत्र को साम्य करें। अपण करें। का साम्य करें। (अपण पत्र को साम्य करें। अपण कर के का करें। अपण कर के का करें। अपण कर के का कर	प आप कर दाल, ह १ था				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  BRIVED ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  BRIVED ASSISTANCE (Attach Card (A		Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  स्वायत के लिये विजात आधार  (Attach Card Copy)  (Attach Card Gopy)  (Attach Card Copy)  (Attach Card Copy)  (Attach Card Gopy)  (Attach Card Copy)  (Attach Card Gopy)  (Attach Card Copy)  (Attach Card Copy)  (Attach Card Copy)  (Attach Card Copy)  (Attach Copy)  (Att	9	Upendra	33	М	Son
BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE स्वायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य  अस्य संवया  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE स्वायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य  "ETT SE MILE CAT  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु चाई अन्य संहामा कियी अन्य संतर से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतू चाई अन्य संहामा कियी अन्य संतर से लिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME AMOUNT of ASSISTANCE BEING AND AND ASSISTANCE BEING AND AND ASSISTANCE BEING AND AND AND ASSISTANCE BEING AND AND AND ASSISTANCE BEING AND ASSI	2	Mahesh	28	М	Sen
सहायता के लिपे विनति आधार  (Attach Card Copy)  गरीकी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र  (प्रमाण पत्र विमान करे।  (प्रमाण पत्र विम					
सहायता के लिये विनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सम्म करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनती का उर्दरेखः  अर संख्या  """  ""  ""  ""  ""  ""  ""  ""  ""					
BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Card (Attach Card Copy) (Attach Card Card (Attach Card Copy) (Attach Card Capy) (Attach Capy) (Atta		BASIS for REQUESTING A	ASSISTANCE (Tick whiche	ver is applicable)	
PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता होतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/स्वीवटर से आरी की गई प्रतिबंदन सुनी संलाम  Diagnals - RF - SF MILE CAT  LE - SE MILE CAT  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहस्यता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AND AND ASSISTANCE BEING AND AND ASSISTANCE BEING AND AND AND ASSISTANCE BEING AND AND AND ASSISTANCE BEING AND AND ASSISTANCE BEING AND AND ASSISTANCE BEING AN	BPL Card EWS ( (Attach Card Copy) (Attach Ce गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अस्प		Ration Card (Attach Copy) उपयोग्या कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/शॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  Diagnasis  E-SENTILE CRT  LE-SENTILE CRT  Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य क्वेत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of Other Source  AMOUNT of Assistance being availed and said the said the said and said the	14 44 64 30 30 50	"PURPOSE" (			
अस्पक्षत्रहोंक्यर से आरी की गई प्रतिवेदन सुवी संलग्न  Diagnols - RE-SENTICE CETT  LE-SENTICE CETT  SE-SICS - TOL  Assistance being availed for same "purpose" from other sources हम उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य क्योत से लिया गया हो?  Sr. No. NAME of Other Source AMOUNT of Assistance being Al		स्वायता है	. The state of the		
LE-SENTLE CPT  St. No. LE-SENTLE CPT  LE-SENTLE CPT  DE-SICS + TOL  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  FR 3代収 와 함면 대상 अन्य सहामता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE		397	पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न		
St. No.  SUYGEYY - DE - SICS + TOL  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहामता किसी अन्य क्वांत से लिया गया हो?  NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AN	0	- 50 80 1 1 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहामता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AV			LE- SE	NILECA	T
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहामता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. NAME OF OTHER SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AV	(3) V 30	Surgery -	RE- 51	CS + TO	
इस उर्देश्य के डेवू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AT	world leb	SALSE TAR SHEARE AGAIN			
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AT		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PURPOSE" अन्य संशापता किसी अन्य म	from OTHER SOURC	CES
중시 HON (이 10년 1년	Sr. No. क्रम संख्या		JRCE		of Assistance Being Availed ली गई सहायता राजी
(D) NILL		NILL			

## DECLARATION by APPLICANT: आनेएक द्वारा घोषणा 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 soliemnly 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.
- में घोषण काल है कि इस प्राप्तप में दिये गये सभी विवाल मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवाल एवं कथार असल पाया जाता है से मेरी सहालत निवाल को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता साँश "कोशिका फाउन्देशन", से शी जा स्त्री है, उसका उपयोग इसी उरेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि काता है कि जिस स्वापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत क्रिस्सा किसी अन्य फ्रोत:नियोक्क/बीचा कम्पनी में न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( आवेदक क्रय 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 प्रयद् पर अपने इस्ताक्षर च अंपने को आप तमाकर, मैं (आवेशक) अपने सहस्ती की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशका फाउंटेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और जो विसत्त इस प्रयत्न में चोक्षित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, चाबन्ध्या दूसरे उर्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इताब के पहले चा बाद में करने के लिए "कोशिका माउडोंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा चाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम उसके न्यांक्रियों का निर्णय और बायकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जावेदक के इस्ताक्षर या जंगूते का निराम

28925914

## AGREEMENT by HOSPITAL (EPRIN DO WOR)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm 5 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, 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, हालाक्षरी को और में धामले/योगी को "कोरितका काउन्हेंशन" में जितिय सहस्वत हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यवत) निन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार कार्त है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही श्रीकथा में वितिय सहस्वता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मानले में लेंगे था ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्हेंशन"

में सिपारिशाविनीत उनत के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्हेंशन" हुए मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" हुए सहस्वता विति अशिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हिताम मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेगा/लेगते।

2. "भोशिका पाउन्देशन" से लो गई सहायता श्रेयत विशिष प्रकृति की है। येगी पर हस्स्ताल द्वारा चै गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का पुराव रोगी एवं हस्पताल

को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने को को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धृमिका का विष्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति LUN Date of Surgery CHARAN MASSEY (Name, Designation of Start of Authorised Signatory Dr. Shroffs का heball of Hospital) नाम वे पर इस्पतित आकृत जीवान OT. NUPUR GUPTA ऑपरेशन की लगीख (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 18-11-2021 हाक्य का नाम व उपलक्षर व रवि. न. आनारिक उपयोग हेत FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यांची हस्ताभर । न्यामी हमताक्षर 2