APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थय देखमाल)

Koshika foundation

	eleisen e	d anata mea	Content		foundation	
APPLICATION No.:	S10924/0512 AF		PPLICATION DATE: 03-09 - 2024		Building black of life.	
NAME of APPLICANT		110022	AGE-YEARS ST	गु-वर्ष SEX लिंग		
अग्रेंदक का नाम	My	Brela	67	M		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME:	ate Mue Pec	ell			
	-	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आचासीय पत		PASTE PHOTO HERE	
Mosea	1 STA	FOLE PLYONE	th 1247	453	Per so Roct no	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	ः स्थाई अवचासीय पता		Pru op Post op Beeja (0512)	
	Sa	me as abo	U.C.			
OCCUPATION :	Labor	1114		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: 46 000				(Attach Proof of Income) (अरव का साहव संसाव)		
PAN No. THIS BIRL TH	EGI NA	7				
ARE YOU AN INCOME क्वा आप आप ऋर पाता	TAX ASSESSEE / है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): स पर ग्रही का निशान लगाये।	Yes/Ne 16î/≒e			
			MILY DETAILS TRAIT	विवरण		
Sr. No.	Na	une of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
ऋम् संख्या		रेवार के सदस्यों का नाम	ठा। (वर्ग)	हिम्म	आवेदक के साथ सम्बंध	
- (4)	1	unita	911	M	Wife	
120		Muliabh	2	Market 1	San	
-63	150 C					
				WORKS IN		
				N/NO.		
	-					
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये चिनति		ever is applicable)		
Mark Mark		200 - St. 2		W 1		
		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)		Any Other	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof	
		(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संतन्त को			अन्य कोई साख्य	
			REQUESTING ASSIST			
		200000000000000000000000000000000000000	TATO CONTRACTOR AND ADDRESS AND	F-1		
Sr. No.	Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached					
ऋष संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलगन				
	1	0		0 10 10	1 - 1 - 2 - 1	
		siagnosis -		Alle (atanant	
	1 177 71 71	- 49	17 - 1	- K-1.001		
		THE STATE OF THE S		statiact		
	1	V 11 + 25		and the second		
	0	IHAPHII T	RF - C	TIC II	TH PMMA	
	1 3	The state of the s				
		U				
		ASSISTANCE BEING AVAILED IN	or SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	S	
		इस उददेश्य के हेत् कोई अन्य				
Sr. No.	T	NAME of OTHER SOURC	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T		ASSISTANCE BEING AVAILED	
SE NO.		अन्य स्थात का नाम	~	20000011.0	ली गई सहायता ग्रंशी	

DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा कीयण 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.
- में घोषणा करता है कि इस शरूप में दिये गये सभी विकाश मेरी जानकारी के अनुकार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असला पाया जाता है तो मेरी नारायक्ष निरस्त की जा सकती है।
- में द्वार जो सरावना गीत "कॉशिका फाइन्टेशन", में तो जा खी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रकृप में भग गया है।
- 🕠 में पुष्टि करता हूँ कि जिस सतापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक मा सकत हिस्सा किसी अन्य ब्रोहरिनचीनकारबोस्त कम्पनी से न हो तिया है और 🗉 ही भीवम्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अग्रादक प्रात 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 trame, 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 प्रयत्र पर अपने इन्ताबर या अंगठे की काप तत्मकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेरन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पत्ते, पतेंदी और जो विवास में प्रयत्न में प्रविच्या के किसी की प्रयत्न मान्यम में प्रविच्या के किसी की प्रयत्न मान्यम में प्रवास मान्यम में प्रवास के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" व ज्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आगेरक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटी और विकाण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है मुझे स्वत: सतायता का ककदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉरिंगका" एवम उसके न्यांसर्थ का निर्मय ऑक्स और बारणकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थारक के इस्ताधर या अंपूर्व का निशान

pselt

AGREEMENT by HOSPITAL ((क्यातात क्या 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:

I) 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, हरताक्ष्ये को ओर में मामलेरोंगों को "कोशिका फायन्देशन" से विदिय सहायता हेतु सिफारिश की वातों है, जिसे इम (इस्माशत) निम्म प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्षभान और न ही भविष्य में विदिय सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान मा किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी-पासले में लेंगे मा ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका आउन्हेंशन" में सिफारिश/विनीत उक्षा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" इस सहायता विनीत आधिकार कार्य-हेता कार्य है तो अस्मतहत्व किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्धायन से सहायता लेने का अधिकार सूर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मरद उक्त रोगी-पामले हेतु किसी गैर सरकारी सीम्या या किसी अन्य साथन से नहीं लेक्पनेगी।

को होगी और "कोशिका" की कोई सुमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वोक्ती के लिए संस्तृति Dr. Monika Jasrotia ADMINISTRATOR Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख SCEH SAHARAN PARTIES SIGNATORY **DMC No.-5208** 03-09-2024 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रहि. न. नाम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकर 2