APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत आवेदन पारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)



	961401 6	d' out and a	Concer	agenty.	foundation
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	S10924 10543		APPLICATION DATE: 10 - 09 - 2024		Building block of life
NAME of APPLICANT:		•	AGE-YEARS 3R	गु-वर्ष SEX लिंग	
आवेर्क का नाम	Shyam Singh	67	M	000	
FATHER'S/SPOUSE'S N	LA	te My. Ran	nchandy		CON CON
Chataki	, Saho	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय पर नाप्य निपात १पन्य	desh-	PASTE PHOTO HERE
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	S : स्याई जानासीय पता		Pour of Polt of Shyam Singh
	Sa	me as abou	18		(0543)
OCCUPATION :	Lahou	W		MARRIED (Paris	r) / UNMARRIED (কবিবাছিন)
TOTAL ANNUAL INCOM भूम व्यक्ति अव	000		(Attach Proof of Income) (আৰ দ্বা মাধ্য মলৈম)		
PAN No. स्थाई काल संख		J.			
ARE YOU AN INCOME?	AX ASSESSEE (ते (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / N गा / ख	rit	
Tarren I			AMILY DETAILS HE		District with Applicant
Sr. No. सम्म संस्था	No.	me of Family Member स्वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম (বাৰ্য)	Gender Jein	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
11		anta.	65	F	Wife
(2)	100	and	30		Son
(3)		lishant	2633		Son
			400		
		BASIS for REQUESTING AS स्तापता को लिये विनर्ति	SISTANCE (Tick which र आधार	sever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आर्थ अरूप वर्ग प्रमुख पत्र (प्रमाण पत्र की क्षण प्रति संस्तर व	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड रे((प्रमाण पत्र की समा प्रति संतान क		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
			REQUESTING ASSIST		1
Sr. No.	1	M	ledical Reports/Preso	riptions Attached	
क्रम संख्या	MAX. 1 (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (
		0 0		0	
	I	Diagnosis -	R-	Sentle	Catariact
X	SECTION OF	- ALA	16 -	senile	Catariact
	101221111	N I I I	35-74	BIORE & S I HOA	1.0
	100000N	SUHAPHU-	16	2000 111	SH PMMA
		- Juni		الملك (السادي	Market Land and And And
				See of Street Latin	re.
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	न्य सहायता किसी अन्य	स्त्रोत से लिया गया हो?	
Sr. No. अस्य संख्या		NAME of OTHER SOUR अन्य स्वरोत का नाम	CE	AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई महायता राही

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भोगगा एत:

- 1) Unereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any talse 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 bereby 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 चोषणा करता है कि इस जरूप में दिये गये सभी विवस्थ मेरी जानकारी के अनुवार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवस्थ एवं कथन अखत्य पाया जाता है तो मेरी सारवता निरस्त की जा सनती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गता है।
- 5) में पुष्टि करण हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राष्ट्रि का आविक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रीव/नियोजकानीया कम्पनी से न तो लिया है और १ ही पविषय में सुनित

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक क्रांग 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 प्रयत्न पर अपने करताक्षर मा अपने की काप लगाकर, में (अपनेदक) अपनी सक्षमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंकेशन और उसके न्यासीमाँ " को ऑफकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिवरण इस प्रपंत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, धावनात्या नुसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों कोर उपलब्धियों के रित्ये किसी भी प्रसार पाध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथत का विवाध मेरे इलाज के फाट्ने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यामी अधिकृत है।
- मैं (आयंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सतापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सतापता का हकारार नात कनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होपा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हम्ताधर या अंग्रेट का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (ERVINNE STIL WITH.)

By affixing bereunder, 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; इस्ताक्षरी की ओर से भामलेतोगी की "कीशिका फाउन्डोक" से वितिध सहायक्ष हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इप (इस्पताल) तिम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। 1) यह कि न से वर्गपान और न हो अविष्य में विविध महामता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उनक रोगी/यामले में लेंगे या से रहे हैं, वैसे गिर ठमने "कोशिका पाउन्हेशन" ये मिफारिश्प्रीवनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदर डेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता किनति आशिक-सकल हेतु सन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का व्यक्तिता सुर्रावत है। इस पृष्टि में स्मन्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मट्ट उन्त रोगी-मामले हेंतु किसी गैर गरकारी सांखा या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्हेंसन" में ली गई महापता केवल वितिष प्रकृति की है। गेगी पर हस्यकाल द्वारा री गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पकाल कं बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्सेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई ५वाल नहीं है। इस्सीलये इस्पताल में सेगी के इलाव सुरक्षा और आगे जाने की घारी जिम्मेरारी रोगी एवं इस्पताल को होगो और "कोशिका" को कोई पृष्टिका या किस्पेदारी इस पायले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारोख

40-09-0024

Dr. Monika Jasrotia DMC No.-5208

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि, न.

SCEH SAHARANPI R (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पकल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षरः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यस्यो हस्तासर २