APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 11-09-2021 Building block of life आवेदन संख्या : अवंदन तियो AGE-YEARS HIT-TH SEX fem NAME of APPLICANT: आसोहक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कट्टम्प का पाप PRESENT RESIDENCE ADDRESS WHITE SHARRING WHI PASTE PHOTO HERE angue Priamod cossil onno Hone PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता sami ΠX about OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) MA कल वार्षिक आप 000 (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्पर्ध साता संस्वा ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / (मुद्धी FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध ashmi UT TE On 91 10/1 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सकायता को लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपभोषता कार्ड गरीधी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अस्य वर्ग प्रमाण पत्र अल्प कोई सक्य (प्रमाण पत्र की बाया प्रति संतन्त करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की शामा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/इतिस्य से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न कम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. लो यह सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्वांत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: अस्वेदक द्वारा परिचल पर:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise 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 बोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिने गये सभी किवरण मेरी जनकारी के अनुष्ठा सन्त एवं कोई किवरण एवं कथन असल्य थाया जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त को वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्पता गरित "कोशिका फाउन्द्रेशन", से ली जा सी हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा पया है।
- में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की नई है, उस राशि का आशिक क सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में सुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (जानेदक द्वारा 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.
- (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 प्रयत पर अपने हस्ताधर या अंगते की खाप लगाकर, में (आनंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाग, पता, फोटी और जो विवारण इस प्रपत्न में भोषित है, उसे "कोशिका" एकम् नास्सी, रान, वाधना/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी महिविधर्यों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रभारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकास मेरे इलाज के पताले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडींसन" व जासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदन) इस बात से सहपत हैं कि मेरा नाम, पता, पतेटों और विकरण जो कि सहामता के उद्देश्यों से प्रवित्त है मुझे स्वत: सहापता का शकपार नहीं जनाता: इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अस्ति और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जानेदक को हरनाक्षर वा अंगुड़े का निरान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

By affixing herounder, 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. 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 Hespital, 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.

डमरे अर्थिक्त, इस्ताक्षरी को ओर से मामले ऐंगी को "कोशिका फाउन्डेसन" से विटिय सहायता हेतु सिरुवरिश की वाती है, विसे हम (इस्पतात) तिम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न में वर्तमान और न ही पविष्य में मितिय महायश किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त ऐपी/प्यायने में लीगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्हेशन" में सिकारिश/विशी उपत के सम्बंध में "कोशिका पराज्येशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फार-वेशन" इस सहायस विनीत ऑसिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है से अस्पताल कियों अन्य पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनन रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/टोगी।

2. "अंशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक्ष कंचल विदिय प्रकृति की है। गेगी पर हस्यताल द्वारा दी गई मलाह या फिये गये उपचारप्रक्रिया का चुनान रोगी एल हस्यताल के बीच का विषय है और "कॉरियल फाउन्सेमन" क्षर किसी प्रकार का कोई रमाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेसी में इसाय मुख्य और आने वाने की सारी विप्योदारी सेसी एक इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery जॉपरेशन की तारीख 11-09-2024 Dr. Monika Jasrotia DMC No.-5208

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

ARNAB MODAK ADMINISTRATOR SCEH SAHARANPUR

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल ऑपकृत अभिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यसी हस्तक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तासर 2

11-04-2024