SRE- C-24-09-0647

Koshika

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)



	(स्वास्थ	त्य देखमा	ल)	foundation			
APPLICATION No. : आगेदन संख्या :	SIN	924/0556	APPLICATION DATE : 12-09-2024			The second secon	
NAME of APPLICANT		12110000	AGE-YEARS	आप्-वर्ष	SEX RM		
Mules of the Mus Change			69	0 -			
FATHER'S/SPOUSE'S गिता/कटुम्ब का नाम		ati Mu. 1	7991H				
		PRESENT RESIDENCE ADDR		पवा		PASTE PHOTO HERE	
Kanye	fr, K	amply Ma	hinglia	6	74/1 -	0 - P + + + + +	
DEHa	ti sa	hardnputi	2474	1910	desh -	THE OF TOST OF	
	р	ERMANENT RESIDENCE ADDRI	ESS : स्थाई आवासीय	पता		Paul of Post of Changa (0556)	
		ame at ak	10VE				
OCCUPATION:	- 11 ×			-	s moures (Thurst)	2) / mara pouto /ufitafba)	
अपेवस्तित	Labo	we		MARRIED (विचाहित) / UNMARRIED (जविचाहित)			
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सामय संलग्न)					
PAN No. THE BUILD TO		000					
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।		/ No	4		
SH. WH. PHS. 375 306	0 1 40 10 4 00 9	ONE STEERING SHEET STOPS	FAMILY DETAILS U	Chilling	ī		
Sr. No.	Name of Family Member		Age (Years)	Gender		Relation with Applicant	
क्रम संख्या (1)	1130	रिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)		तिंग (अवेरक के साथ सम्बंध	
131	149	Theth	121	THE PROPERTY OF		San	
(3)	SU	Sudha		475		Daughter in law	
19	Mento		38	AN I		Coughth in law	
(3)	Rudhua		34	19		Grand Son	
(8)	100	MIZ MA		-		- Commission	
		BASIS for REQUESTING संद्रापता के लिये वि		nichever is	applicable)		
BPL Card EWS Certificate				Ration C	ard	Any Other	
(Attach Card		(Attach Certificate Copy	9	(Attach C		Basis/Proof	
गरीसी रेखा के नीर (प्रमाण पत्र की सरणा)		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समा प्रति संलन्	करे। (ग्रमण प	उपमोक्ता कार्ड । (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संतान करे।		अन्य कोई साक्ष्य	
		PURPOSE	for REQUESTING ASS	USTANCE	4C		
			तु किये गये विनती का				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या		अस्पताल/कॉक्टर से जाग्रै की गई प्रतिबंदन सूची संलान					
		1 6 6					
		Magnosis - RE- SCHILL Catallast					
	A TOTAL	The Country Control of the Country o					
	to Since Caramaci						
		SULIAPIUM - RE - STIS WITH PHIMA					
		Surgery - RE - SICS WITH PMMH					
		<i>θ θ</i>					
		ASSISTANCE BEING AVAILE				ES	
				त्यता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNTO		लो गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदमा क्षा प्रोपमा 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.
- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विनरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य एवा जाता है तो मेरी सहावता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सरप्पात राजि "कोतिका फाउन्देशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया आगेण, जो इस प्रकृप में भा। गण है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रश्नेत को गई है, इस राशि का आशिक या सकल दिन्सा किसी अन्य छोत-नियोजक/बोला करमनी से न तो लिया है और न हो भतिष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक क्राव कवर)

- 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 प्रथव पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप समाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांतिका फातंद्रेसन और उसके न्यासीची " को अधिकृत करता हूँ कि मेग्र नाम, पता, पतेतों और वो विवरण इस प्रथव में घोषित है, उसे "कांतिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथव का विवरण मेरे इत्याव को यहले या बाद में करने के लिए "कांतिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आक्टेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और क्विश्ण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्योशिका" यूवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदमा को हस्साध्य या अंगुरे का निशान



p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (४स्पातम द्वार 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:

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, हस्याक्षरी की ओर से व्यमसंत्रीमी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विसिध सहायश हंतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यशाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विदिध सहायशा किसी मैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्वीत से उनत ऐगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/दिनति दनत के सम्बध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायशा विनित आशाक्तरसकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायशा होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थल कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2 "कोशिका कावन्देशन" से ली गई सतायत केवल वितिष प्रकृति को है। रोगी पर हम्पताल द्वार यी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चुमिका या जिस्मेदारी इस मामले में जाते होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE, स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ADMINISTRATOR Dr. Rishabh Gupta ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation of Stamp of Authorised Signatory DMC No.- 94704 12-09-2024 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व र्राव, न. नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।

funge lit