SRE- C-24-09-0818

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखभात)

Kos	n	il	22	ı
found	a	t	0	n
Building b	inei	e sal	1054	Ξ

APPLICATION DATE: 12-09-2021 APPLICATION No.: आयेदन संख्या : आयेदन तिथी AGE-YEARS आपु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितान्कदुम्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वतमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE hanabhawah, Pare of Post of Fatima LOSS9) PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता abaur SAMU OCCUPATION: MARRIED (Paristr) / UNMARRIED (orfiferistr) - Ami Maker ञ्चवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) Droom NA (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आप PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (बो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। ता / लडी-FAMILY DETAILS परिवार विसरण Name of Family Member Relation with Applicant Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम वस् (वर्ष) क्रम संख्या Son lunavari lan An nam

> BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार

सहासता सा ध्यान विनाय आ

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रीत संसान करे।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कार्या प्रति संस्थन करे। Ration Card (Attach Copy) तपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संलम्भ करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्यताल/हॉक्टर से जारी की गई प्रतिकंदन सूची संलग्न

Swigery - RE - SI'S With PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

		7.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1
Sr. No. क्रम संस्था	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता ग्रंगी

### DECLARATION by APPLICANT: SPÈCE GIT VITTE UT:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application δ 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) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवस्थ मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवस्थ एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महायात निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक गांश "कांशिका फाउन्टेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुण्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीश का आंशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न शो तिया है और न ही पांचल में मुँगाः

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक द्वार करेर)

- 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताकर या अंगठे की क्राय लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रांशिका फाउंडेसन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेश नाम, पता, फोटो और वो विकास इस प्रयत्न में पोषित है, उसे "क्रोशिका" एवम् न्यामी, यान, याचनात्या दूसरे उत्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। परे प्रयत्न का विवास मेरे इलाज के पहाले या कार में करने के लिए "क्रोशिका फाउंडेसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवसण जो कि महायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सन्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

#### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हरतावर या अंगुड़े का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (表种相思 遊位 事可)

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.

हपारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही ध्येषण में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से दक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्हेंशन" हैं। से स्वादिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोलिका फाउन्हेंशन" हात सदर होते कि हैं। यदि "कोलिका फाउन्हेंशन" हात सहायता विनीत ऑसाक/समस्त होते मन्त्रुर नहीं किया जाता है तो अप्रमाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय यदद उक्त रोगी/धामले हेते किसी जैन सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 👱 "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्लेशसे ऐसी एवं इस्पताल की होसी और "कोशिका" की कोई सुधिका या जिल्लेशसे इस मामले में नहीं कोसी।

Date of Surgery ऑपोरान को तारीख 12-03-2024	De Rishabh Gupta DMC No 94704 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रहि. न	ARNAB MODAK ADMINISTRATOR (Nare Continued Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर संस्थाल अधिकृत अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	DATION आसरिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी सन्ताक्षर 2		
É	Suferry	lite		