VRN-P-22-07-1420-N APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE : 34 APPLICATION No. 1 Building block of life. 122 आवंदन तिथी आवेदन संख्या NAME of APPLICANT : 72 AGE-YEARS STIT-UT SEX लिग hagavati Devi आवेदक का नाम FATHER S/SPOUSE'S NAME Roham Lal पिता/कट्टा का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Gram mandaura, Post. Jamau Dust Aligary, U.P. 202145 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : मधाई आधासीय पता same as above OCCUPATION MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) -lonne व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आव का साक्ष्य संसान) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / मही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Name of Family Member Relation with Applicant Age (Years) Gender Sr. No. क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) निरंग आवंदक के साथ सम्बध Justana them chandra スチ 11 M an Alumocele aughten m Low whilea Pawan M JUIAMO BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता काई अल्ब आव वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र भी छाया प्रति संतरन भने। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिकेदन सूखी संलग्न क्रम संख्या Catanant OEsemile Catasiant ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेनू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. लो गर्ड सहावता वशी क्रम संख्या अन्य स्थात का नाम DRCS 0000/

## DECLARATION by APPLICANT: MIRROR BIT STORM UN-

- 1) 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. 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 sub. 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 for which this assistance is requested.
- मैं चोषणा करता है कि इस प्रारूप में रिये गणे सभी जिवाण मेरी जानकारी के अनुसार माथ गणं सहते है। यदि कोई क्लिंगण एवं कावन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता किरान की जा सकते.
- मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कांशिका फाउल्डेशन". से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पुनि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में भरा गांध है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हुनु या प्रार्थना की गई है, उस राति का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत-नियोजक/बीमा कर्मनी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT ( squite gri wit)

- 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 & defails 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 प्रपत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की बाप लगाकर, में (अव्येषक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वासना/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत का विकरण मेरे इलाज के पहले या कर में करने के लिए "कोशिका फाउडेंमन" व न्यामी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से महमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवाण जो कि सक्षायता के उद्देशमें से प्रचित है पुत्रे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा 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 patienticase 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर से नामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्थताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही चरिष्य में वितिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रांत से उक्त ग्रेगी/पामले में लॅंगे या ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कॉशिका फाउस्डेंगन" में सिफारिक विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहस्यता विनति आशिक/सकत हेतु सन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायश लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वष्ट कहा जाता है कि अध्यताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सवायता केवल वितिप प्रकृति की है। रोगी था इस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का बुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये हरपाशल में रोगी के इलाज मुरका और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्माताल

की होगी और "क्टेशिका" की कोई पूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE TO स्वीक्षतों के लिए संस्तृति Date of Surgery Administrator SACHIN SHARMA (Name, Designation & Stamp of Anthorised Signatory on Schalf of Hospital) हाक्टर का नाम व हमहाध**र कार्त NG** 90183 गाम, कार्ष्ट हरमवान अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2