| APPLICATION NATE: 10 to 70 La 1 | APPL | | DRM FOR ASSISTANO तू आवेदन प्रारूप | Œ | (Healtho (स्वास्थय दे | 10000 | | Koshika |
|---|--|---------------------|---|-------------|---------------------------------|--------|---------------------------------|--|
| Solder का का Bhagwam SAMB E Dal Singh Manager का का PRESENT RESIDENCE ADDRESS कर्ताल उपायाचीय एका COCCUPATION: QUEEN DATE ADDRESS THAT STREET RESIDENCE ADDRESS कर्ताल उपायाचीय एका COCCUPATION: QUEEN DATE ADDRESS THAT STREET RESIDENCE ADDRESS THAT STREET RESIDENCE (ABBAN PROOF of a recome) (अग्रय का वाह्य कर्ताल) ADDRESS THAT STREET RESIDENCE (ABBAN PROOF of a recome) (अग्रय का वाह्य कर्ताल) ADDRESS THAT STREET RESIDENCE (ABBAN PROOF of a recome) (अग्रय का वाह्य कर्ताल) ADDRESS THAT STREET RESIDENCE (ABBAN PROOF of a recome) (अग्रय का वाह्य कर्ताल) ADDRESS THAT STREET RESIDENCE (ABBAN PROOF of a recome) (अग्रय का वाह्य कर्ताल) ADDRESS THAT STREET RESIDENCE (ABBAN PROOF of a recome) (अग्रय का वाह्य कर्ताल) ADDRESS THAT STREET RESIDENCE (ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN PROOF OF ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN ABBAN PROOF OF ABBAN PROPOSE" from OTHER SOURCES ABBAN ABBAN PROOF OF ABBAN PR | | V10720 | 1/0580 | APP आवेर | LICATION DATE : एन तिथी | 101 | 07/24 | Building black of life. |
| PASSISTANCE BEING AVAILED of SAME 'S PLANT SOURCES STATES STANCE BEING AVAILED of SAME PURPOSE" from Other Being Availed of Same states and st | | Bhagu | vam simyh | | | -वर्ष | SEX लिंग | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS (क्षेत्रीम आपारीय पढ़ा ALLA AM AMANUAL O SADO DAD DIST HOLDOS UP 281302 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रचाई आपारीय पढ़ा CCCUPATION: CAME W AND W ADDRESS (Autoch Proof of Income) (Autoch Proof of | | NAME: E | dal Smoh | | | | | |
| OCCUPATION: जनसाव | Niwary | - Haths | thawalig. | Sada 28 | 1302 | | | |
| प्रविद्याच्या प्रिकृतिक आवा स्थाप के प्रविद्याच्या के विश्व विचार के विश्व विचार के विचार क | | | same as | alo M | 1.2 | | | 6 |
| कुत चरिक आव | OCCUPATION : व्यवसाय | Favin | ner | | | M | RRED (विवाहि | ল) / UNMARRIED (अविवाहित) |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अया अगर आगर कर चाता है (जो मान्य हो तस पर सही का निशान लगाये। अर्थ आगर अगर चता हो है (जो मान्य हो तस पर सही का निशान लगाये। अर्थ अगर अगर चता हो है (जो मान्य हो तस पर सही का निशान लगाये। अर्थ अगर अगर कर चाता है (जो मान्य हो तस पर सही का निशान लगाये। अर्थ अगर अगर अगर विशा जो निशान लगाये। अर्थ कर परिवार के प्रदेश का नाम अर्थ कर परिवार के प्रदेश कर परिवार के प्रदेश कर परिवार के प्रदेश कर परिवार कर के साथ सम्बर्ध कर परिवार के प्रदेश कर परिवार के प्रदेश कर परिवार के प्रदेश कर परिवार कर परिवार के प्रदेश कर परिवार के प्रदेश कर प्रदेश कर प्रवार कर परिवार कर परिवार के परिवार कर | कुल वार्षिक आय | 40 | -000 | | | (A | ttach Proof of आय का साक्ष्य | Income) संलग्न) NA |
| FAMILY DETAILS परिवार विवारण अप संख्या परिवार के सहस्यों का नाम अब (Year) Gender शिर्मण आवेश्वर के साथ समया अप संख्या परिवार के सहस्यों का नाम अब (प्राप्त के सहस्य का नाम अब (प्राप्त के स्वाप्त का नाम का नाम अब (प्राप्त के स्वाप्त का नाम का नाम अव (प्राप्त के स्वाप्त का नाम क | ARE YOU AN INCOME | TAX ASSESSEE | Tick whichever is applicable): | | | | 1 | |
| अस्प संख्या प्रतिकार के समय सम्बय् अस्प अस्प स्वाप्त स्वाप्त स्वाप्त सम्बय् (Attach Card Copy) गरीबी रेका के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को श्रम्म स्वित्व के नीचे प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र को श्रम्म स्वाप्त स्वाप्त स्वाप्त स्वाप्त स्व (प्रमाण पत्र को श्रम्म अस्प सम्बय् प्रमाण पत्र को श्रम्म स्वाप्त स्व स्व सम्बय् प्रमाण पत्र को श्रम्म स्व स्व सम्बय् प्रमाण पत्र को श्रम्म स्व स्व सम्बय् सम्बय्व स्व सम्बय्व स्व सम्बय्व स्व (प्रमाण पत्र को श्रमम स्व सम्बय्व सम्बय सम्बय सम्बय सम्बय सम्बय सम्बय सम्वय सम्बय सम्य सम्बय स | क्या आप आय कर पता | ह (जा मान्य हा ठ | स पर सहा का ानशान लगाया | FAMILY | | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) समया के लिये विनति आधार (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलान करे। **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) समया के लिये विनति आधार (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलान करे। **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE **REQUESTING ASSISTANCE (Attach Copy) अल्ड अस वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलान करे। **PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **REQUESTING ASSISTANCE **REQUEST | | Na vf | me of Family Member | | | 9 | | Relation with Applicant आवेटक को साथ सम्बंध |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनारी आधार BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) (प्रमाण पत्र की आया प्रति संतान करे। (प्रमाण पत्र की आया प्रति संतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनारी का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनारी का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताला/होकर से वारी की गई प्रतिवेदन सुची संतान ATT CATACAT ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से तिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम ME AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता एकी | | Om | Call a alea an an | | | | F | The state of the s |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये जिनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीची प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आवा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डोक्टर से जारी की गई प्रतिचंदन सुची संलान अन्य कोई साल्य *** *** *** *** *** *** *** | 2. | mahesh | | | 37 | | m | son |
| सहायता के लिये विनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अस्य ग्रांत संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्चे विनती का उद्देश्यः Sr. No. अस्य सर्वा अस्य अस्य सर्वा सर्वा अस्य सर्व अस्य सर्वा अस्य सर्व अस्य सर्य अस्य सर्व | 3. | ma | ਰਾ, | | 33 | | F | Daughter intow |
| सहायता के लिये विनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अस्य ग्रांत संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्चे विनती का उद्देश्यः Sr. No. अस्य सर्वा अस्य अस्य सर्वा सर्वा अस्य सर्व अस्य सर्वा अस्य सर्व अस्य सर्य अस्य सर्व | - 2 | | | | | | | |
| (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की झावा प्रति संलग्न क | | | | | | ver is | applicable) | |
| सहस्रवता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/होकर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न LE - (| (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र | | (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र | | (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड | | | Basis/Proof |
| अस्पताल/हॉकरर से जारी की गई प्रतिवंदन सुची संलान DE - Cotora Ct LE - Cotora Ct Surgery - (LE) - SICS + PMMH ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रंशी | | | | | | | 6 | , |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम ASSISTANCE BEING AVAILED AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रही | Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | | | | |
| Surgery — LE) - SJCS + PMMF ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रजी | क्रम संख्या | | | | | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता ग्रजी | | LE - Cotoract | | | | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता ग्रजी | | | | | | | | |
| इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संक्या अन्य स्त्रोत का नाम विश्व सहायता एकी | | Surgery - (IB-SZCS+ | | | | | | + PMMA |
| इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संक्या अन्य स्त्रोत का नाम विश्व सहायता एकी | | | | 0 | | | | |
| Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता ग्रशी | | | ASSISTANCE BEING AVAIL | LED for S | AME "PURPOSE" | from C | THER SOURC | ES |
| 201 (1991) | | | NAME of OTHER S | OURCE | | | | |
| | | DBC | | 17. | | 8 | 000/ | |
| | | - | | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा पोपणा 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 & engoing 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिवे गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाणा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेंदु यह प्रार्थना की यह है, उस ग्राश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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.
- 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 प्रया पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एउन, बाचना/बा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सक्षमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उप्देश्यों से प्रार्थित है मुझे 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:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

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 अधिकृष्ट, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायक्ष हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" होएा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" होएा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साथन से सहायता लेने का ऑधकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वयंद कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव विदेश के संपताल हैं के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने अर्थ की करी किम्मेदारी राम्मे के होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख गि० में बेप

Dr. SUFYAN DANISH

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्यताल अधिकृत अधिकारी

dministrato

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

11-04-2024