APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 11/07/24 APPLICATION No.: Building block of life. आधेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आय-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम 48 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : oda Bam पिता/कटम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता dust Aligary Jawa 204213 U.P. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as above Same OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) 40000 कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) 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 / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Relation with Applicant Name of Family Member Sr. No. Gender उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संशान करे। (प्रमाण पत्र को सरवा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या Catarant CONTORACH ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता ग्रंगी अन्य स्वांत का नाम क्रम संख्या 2000/ DRCS

DECLARATION by APPLICANT: अस्टेंड द्वार पोपण पत्र:

- 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 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्हेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी डदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य झेत:/नियोजक:बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आयेदक 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"
- 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.
- इस प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की साप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृठ करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो बिबरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी 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 "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 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, इस्थाक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो चर्टमान और न ही परिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायदा विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेग/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रीक्रया का चुनाव ग्रेप के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने

को होगो और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। Iministrator RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** ऑपरंशन की तारोख (Name, Designation & Starry of Authorised Signatory 12/07/24 (Name proto 6 6 to Nor with Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पद हस्यताल अधिकृत अधिकारी डॉक्टर का नाम व हरेताओर व रजि. न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2