VRN - C-22-09-1465

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)							Koshika foundation	
APPLICATION No.: V 09 20 0698			APP आवेश	APPLICATION DATE : 25/09/22 आवेदन तिथी			Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: Kanda				AGE-YEARS STITE-THE SEX FROM				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ghasha								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता								
Naugaen, Naugaen,							Prople Doutale	
Just Mathyna, U.P. 281306							Purcop Postop	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता							Co698) Kanda	
							Coose Kanda	
Same as above								
			_		K			
OCCUPATION :	H	ome make	Л		MA	JARIED (विवासि	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	F -	380001- (FO		ni14)		ttach Proof of आयं का सक्य		
PAN No. स्थाई खाता संख	या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): वया आप अप कर दाता है (वो मान्य हो उस पर सही का निशान लगामे। हाँ / नहीं								
	FAMILY DETAILS परिवार विकरण							
Sr. No. क्रम संख्या		me of Family Member खार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	(Gender लिंग	Relation with Applicant आवेरक के साथ सम्बद्ध	
अन्य शक्ता	Bhickel		7 T		1014		Husband	
	12/4-5	13		- Marie I			LI LOW WELLS	
2 -	Balla			34 M		14	Son	
	dretti		31		_	_	Dayable 1 On Law	
3.	- widyi		+				Varight Cith Law	
						F	Canana Daughter	
			+					
			+	—				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार								
BPL Card EWS Certificate Ration Card						erd	Aug Others	
(Attach Card Copy)		(Attach Certificate Copy)		(Attach Copy)		(py)	Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत	ä.,	उपयोक्ता कार्ड			अन्य कोई साध्य	
(प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की स्नाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे						ात सत्तन करा	500.000.000.000	
				UESTING ASSISTA गर्वे विनती का उद्दे				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
	RE- Catariant							
	LE - D. P.							
	Sungent-(BE) SICS+ PMMH							
	The state of the s							
A P								
		LI SIEVI						
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for S	AME "PURPOSE"	from O	THER SOURCE	ES .	
इस उद्देश्य के ईत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?								
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता संगी			
क्रम संख्या						00/-	XII. 18 Mercal Oth	
	. 17(3)					3		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा योषणा 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 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 so, 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 for which this assistance is requested.
- 1) में पोपणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा क
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता र्रात "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जावेण, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनेएक प्राप कपर)

- 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ड की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना:चा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "काॅशिका" एवम् उसके न्यारिखों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुर्त का तिशान

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:

I) 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षणे की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका काउन्होंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्थताल) निध्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि म तो वर्तमान और न ही प्रविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन"

में सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होंशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सन्ताथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्थन्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगो/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगालेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का कुनाव रोगी एवं हस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिप्पेदारी रोगी एवं हस्पताल को कोगी और "कोशिका" को कोई प्रक्रिका का विकारणी इस सकते में करी होती।

कों होगी और "कोशिका" कों कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मायले में नहीं होगी। DR. SACHIN SHARM RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE MESS, DNB, Fice Ophthalmole Date of Surgery Reg. No. 90183 ऑपरेशन की तारीख Administrator | EV Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory op bettalf of Hospital) नाम व पर अभिवाल अधिकृत अधिकारी (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2