APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : 10-08-2023 Building black of life APPLICATION No. : आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : agaru पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Alwar leh. Bansur. Village Rampur. Preop Rajosthan 301416 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Lila Ram 960VP OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) armer व्यवसाय (Altach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME 56000 (आप का सास्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. 7415 BIRTH THEFT NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / नहीं क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Age (Years) Sr. No. Name of Family Member आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्या lia BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) BPL Card Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रयाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को साचा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र भी छावा प्रति संलग्म अरे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न कम संख्या Diagnosis maers ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अना सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या Vill

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा फीपणा 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

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.

1) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य पर्य सही है। वरि कोई विवरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी महावता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो महायक्ष राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।

मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हुए गा प्रार्थना की गई है, उस राशि का आँशक या सकल विस्सा किसी अन्य खोतानियोजकार्थीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही धरिष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (STREET THE TITLE)

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.

 (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 प्रपत्न पर अपने इस्टाधर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेरफ) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांग्रिका पाउंडेरान और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवस्य इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एतम् न्यामो, दल, याचनात्या दूरमं उद्देश्य से जुडी प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "सोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आसंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांशिया" एवम् उसके न्यासिखों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

तमाध्य या अस्तुत का निराह आचेदक

AGREEMENT by HOSPITAL (हरपतान क्रार 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 putient & 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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/येणी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहस्रका तेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्यठाल) निम्न प्रकार से सान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न ही धरिष्ण में वितिय सहायक्षा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे था हो रहे है, जैसे कि हमने "फॉरिंग्का फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। पदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति अशिक/सकत हेतु गन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आसताल दिलीय मदर उक्त संगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंवल कितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारणिकया का चुनाय रोगी एवं हरवताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारो जिम्मेदारों रोगी एवं हास्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE **मे**रीक्रमी के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

10/08/23

POMICO105782P

CHARAN MASSEY

(Name, Administration of Authorised Signatory Dr. Shroffs EventespitalHedwar

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

15-06-2023