APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय दंखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE : 06 APPLICATION No. : Building black of life. जावेदन संख्या आयेदन तिथी SEX लिंग AGE-YEARS आय-वर्ष NAME of APPLICANT: आवंदक का नाम 56 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Ramonya पिता/कट्म्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Ahmal onkh dehat nashusia, 28112 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as ahove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) about **व्यवसाय** TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आग (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 / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध सिंग 11411 Mir 8 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र भी छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलान करे। "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 क्रम संख्या odamni Catavino ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम DBCS 2000/

DECLARATION by APPLICANT: आंभेदन द्वारा घोषणा 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 assi, 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.
- 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 art for which this assistance is requested.
- मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया नाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकता है
- 2) मेरे द्वारा वो महायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से शी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृत्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का उत्तरिक या सकल हिस्सा किसी अन्य मोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चिटाय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवंदक 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 प्रपत्र पर अनने हस्ताक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मै (आवेदक) अपनी महामति की पुष्टि काता हूँ एवं "क्रांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विश्वरण इस प्रपत्र में योषित है, उसे "क्रांशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्र्या दूसरे उद्देश्य में जुडो गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इताज के पहले या बाद में करने के लिए "क्रांशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- ३) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अगरेदल के स्थापार या अंगते का निमान

Section 1

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:

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 natient is based on the arrangement between the patient.

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, हस्ताक्षरी को ओर से भागले.योगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायदा हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

- में प्रकार कर ने हैं। पाल्य में पालय में पालय में पालया किसी गर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वाद से उक्त रागी/मामल में लेगे मा ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/पिनित उक्त रोगी/मामल में लेगे मा ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/पिनित उक्त के मान्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मध्य सिकारिश किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सैनावन के सहायता किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2 "करिशका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीन का विषय है और "करिशका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दश्यक नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सार्थ किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

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

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Dt. SAFFY ANDANISH
M.B.B.S. DOMS, DNB
(Name of Dr. & Regin, No. with Stanto)
Stacz at 114 a stanto a 464 4, 59924

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षर 2

18-08-2024