MOM - C- 29- 12-0969 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) oshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 07/12/24 **Building block of life** आवेदन संख्या : आवंदन तिथी NAME of APPLICANT : AGE-YEARS अप-वर्ष SEX लिंग अवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कट्टम का नाप PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्रांपान आवासीय पता PURLL CHRHI KUIHOH KIVA shahin haripur rettors PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता dome of a value OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ame ञ्दसाद TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्वा आप आय कर दाता है (ओ मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग 'आवंदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहापता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आग वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र को सम्बा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न a Jaha CF CHAGON ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के डेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्वीत का नाम लो गई सहायता एशी Otto

DECLARATION by APPLICANT: अमोदन द्वार पोपण 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 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.
- 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 हूँ कि इस प्रारूप में रियं गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सन्द एवं सड़ी है। यदि कोई विवाण एवं कथन असत्य पापा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की का सकती है:
- 2) मेरे द्वारा जो महायश गरिर "कोशिका फाउन्डेशन", मे ती जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करत हैं कि जिस सहायत हेतु था प्रार्थना की गई है, उस गांश का आंशिक य सकत हिस्सा किसी अन्य प्रांत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिस्त में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIESE ERE WIRE)

- 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 प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की बाद लगकर, मैं (आवेरक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येश क्षम, पत, फोठे और वो विवरण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यसी, दान, वावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारता करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयास को विवरण मेरे इलाज के पाले या बाद में करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयास को विवरण मेरे इलाज के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका जाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाम जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्तित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क्टार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासिकों का निर्णय अतिम और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्राम्याल सिंह

AGREEMENT by HOSPITAL (gentle grt witt)

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 अधिबृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेखंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतू मिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

 1) यह कि न दो वर्तनान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी जन्य स्थात से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफानिश/विपता उक्त को सन्त्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" होंगे महान्य प्रकार के सन्त्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" होंगे महान्य होंगे स्थान के सन्त्यम के सन्त्यम के सहयता लेने का अभिकार सुरक्षित रखता है। इस युग्ट में स्थान करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी
- गैर सरकारी संस्था गा किसी जन्य शायन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महायात केवल बिकिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल हात दी गई सलाड या किये गये उपचार/प्रक्रिया का युनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" हात किसी प्रकार का कोई स्थाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरका और आने आने की साही जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस भामले में नहीं होगी।

PECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वोक्ती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अग्रेग्सन की वरिष्ठ

Dr. Utsav Deep
M.B\Allen M.S

UPINAL Gr B स्वतिकार व विष्य

(Name, Declaration surgery
अग्रेग्सन का वाम व इस्तावर व विष्य

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग इंत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
वासी इस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
वासी इस्ताक्षर 2

प्रिक्रियापूरी

प्रिक्रियापूरी

प्रिक्रियापूरी