

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

**(Healthcare)**  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

  
**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life.

 APPLICATION No.:  
 आवेदन संख्या : **5122310983**

 APPLICATION DATE **07-12-2023**  
 आवेदन तिथि

 NAME of APPLICANT:  
 आवेदक का नाम

**MRI SUNDAY LAL**

AGE-YEARS आयु-वर्ष

**51**

SEX लिंग

**M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

 पिता/कानूनी जीवन नाम **LATE MRI NARENDRA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बायिन आवासीय पता

 SATPURA POST-KHED KHED, KARWAN  
 Taluka, Karwan P.D., Khed, Khandesh, 444000  
 Maharashtra, India

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासीय पता

**same as above**


PASTE PHOTO HERE

**PHEOP Post of  
sunday Lal  
(0983)**

OCCUPATION:

**Labour**

MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (अजिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

**40,000**

 (Attach Proof of Income)  
 (जीवन के साथ संलग्न)

**NA**

PAN No. स्टाई चाल संख्या

**NA**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):

हम आप आप का दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

 Sr. No.  
 क्रम संख्या

 Name of Family Member  
 परिवार के सदस्यों का नाम

 Age (Years)  
 वय (वर्ष)

 Gender  
 लिंग

 Relation with Applicant  
 आवेदक के साथ सम्बन्ध

**63**
**Rakhi**
**97**
**F**
**Husband  
Daughter**
**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)

निशान के लिए विकल्प चुनें

BPL Card

(Attach Card Copy)

 गरीबी रेखा के दीरे प्रमाण पत्र  
 (प्रमाण पत्र की ओर भूली संसाधन की)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

 अन्य अपने जीवन प्रमाण पत्र  
 (प्रमाण पत्र की ओर भूली संसाधन की)

Ration Card

(Attach Copy)

 उपभोक्ता कार्ड  
 (प्रमाण पत्र की ओर भूली संसाधन की)

 Any Other  
 Basis/Proof

अन्य की साथ

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**

स्वास्थ्यक लंगु विकार गर्ने विस्तृत का उद्देश्य:

 Sr. No.  
 क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/हाँसिल मा जाएँ को गई प्रतिक्रिया सुन्नी संलग्न

**Diagnosis:- RE - service catalog  
LE - service catalog**
**Surgery- LE sites with PMMH**
**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिन्छा गए हो?

 Sr. No.  
 क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लो गई सहायता पाई

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेंट का घोषणा करा:

- 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.
- 4) मैं प्रधान करता हूं कि इस रक्षण में ऐसे पापे किया गयी समस्ती के अनुसार उपयोग नहीं है। परं वहाँ किया गया काम है जो मेरी सहायता निवार को जो ममता है।
- 5) मेरे हाथ-नी सहायता का "कोशिका फाउंडेशन", जो जीव जीती है, उसका उपयोग जारी रखें को पूरी तरह से किया जायेगा, जो इस रक्षण में पापे गया है।
- 6) मैं पुष्ट करता हूं कि यह सहायता को मैं हूं, उस बीच का अधिक या सकान किसी भूल यातानिवेदन/बीम कम्पनी से न हो जिता है और न ही परिवर्तन में भीगा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** अप्लिकेंट द्वारा करा:

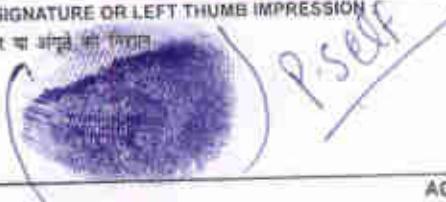
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर का अंगठे को छाप लगाकर, मैं (अप्लिकेंट) अपनी सहायता को पुष्ट करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि ये पापे गये जल्द, कीटों और जो जितना इस प्रपत्र में खोला है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, जल्द, जानकारी द्वारा उपर्युक्त में जुटी गतिविधियों और डफलियों के लिये किसी भी उमार साध्यम से प्रत्याहरण करने के लिए अधिकृत हूं। मेरे प्रपत्र का लिपण मेरे हस्ताक्षर के पाली या बाट मेरे काढ़ने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस बात से सहमत हूं कि ये पापे जाम, चल, कीटों और जितना जो भी सहायता के उद्दीर्णों से प्राप्ति है युक्त स्वतः सहायता कर हकदार नहीं बताता। इस समर्थन में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बास्तकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अप्लिकेंट को हस्ताक्षर या अंगठे की जिम्मेदारी



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (इस्मतात द्वारा करा)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को और मेरे आपाहोरोंगों को "कोशिका फाउंडेशन" से जितना सहायता हेतु सिफारिष को जाती है, जिसे हम (इस्मतात) जिम्मेदार मेरा जन्म व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व ही अंतिम और न ही अंतिम में जितना सहायता किसी और साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उसके लोकोनामों में लोगों या लोगों के लिए हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिष/जिम्मेदारी उठाने के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यहाँ हूंगा है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता जितना अंतिम सहायता संस्था या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि ने स्वयं कहा जाता है कि अस्तात द्वितीय करद उसके एवं समस्ते हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेंगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यही सहायता बोलत जितना ज्ञानित हो है। योगे पर हस्ताक्षर द्वारा दो गांव सहायता का जुकाम देंगे एवं हमारा ज्ञानित हो है। इसीसे हस्ताक्षर में लोगों को इसका सुझा और आने जाने की स्थिति जिम्मेदारी देंगे और "कोशिका" को कोई खुमिका या जिम्मेदारी इस समय में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery आपोरण की तारीख <b>07-12-2023</b>	<b>Dr. Dharmender</b> (Name of Dr. & Date, No. with stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर दर्शन नं.	<b>Manan</b> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

जानांक दरणी हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
--	--

