APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)						Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	र्गायन विज्ञान आवेदन				14/11/2	Wilding block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Sukt	viam	-6	AGE-YEARS आयु	वर्ष SEX वि	en la	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Do	ng singh		/ 4			
MULLO	AIDH- A	present residence addressing that you have been been been been been been been be		3021 9		Pure of Postop	
- (Same as	III A SA S				
000000000000000000000000000000000000000		Swill we		200			
occupation: Farmen					MARRIED (ववाहित) / (INMARBIED (जिववाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	ME:	10 000/-				of of Income) साध्य संस्था)	
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): प्रयस्त्री का निशान लगाये।		Yes / No ਗੰ / ਜਫੀ			
Sr. No.	T No.			DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या /	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
			+				
			1				
			1				
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन			ver is applicabl	le)	
BPL Car		EWS Certificate (Attach Certificate Copy		Rat	ion Card	Any Other	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे।		Basis/Proof करे। अन्य कोई साक्ष्य	
				UESTING ASSISTA गये विनती का उद्देश			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
	RE - Catamot						
	LF - Catarart						
		1-1					
Sungery- (AE) - SICS + P.						ICS + PMMA	
		0	J				
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for S	AME "PURPOSE"	from OTHER SC	DURCES	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE				पता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या / <	JBC S	अन्य स्थात का नाम - DEC ए			ली गई सहाय २००० /-		

DECLARATION by APPLICANT: आमेरक द्वारा धोषणा 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 a 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 a 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 anfor which this assistance is requested.
- में बोचणा करता है कि इस अरूप ने दिये गये सभी जिक्स्ण मेरी जानकारी के अनुसार खाय एवं सही हैं। यदि कोई जिक्स्ण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती हैं।
- मेरे द्वार जो भड़ाबा। शशि "क्रोणिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत:नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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.
- इस प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर या आँगडे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पृष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाइंडेशन और उसके व्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, बाचनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विकाण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

आवेदक के हस्ताश्वर या अंगृते का निशान

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

patient, is based on the arrangement between the petient & 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, हस्ताधरों की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायशा हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/माथले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्दर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संरथा या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुन्नल ग्रेगी...एवं. हस्पताल
- के बीच का निषय है और "क्षेत्रिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षाय नहीं है। इसलिय हस्पताल में रोगों के इलाव सुरक्षा और अर्थ की की की किसी पूर्व हस्पताल की होगी और "कांशिका" की कोई भूमिका या जिप्पेदारी इस मापले में नही होगी।

Administrator RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Designation & Stamp of Authorised Signatory 15/11/24 (Name of Dr. & Regh, Not with Stamp 9924 on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न नाम व पद हस्पताल अधिकत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर ३