## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 01 12 /24 APPLICATION No. : **Building block of life** 00 आसंदन संख्या : उरावेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT: amesh आवेदकं का नाम 0 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Hukam Singh पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Sad Kywi Riduaga , PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्याई आवासीय पता aboute same as-OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) anmer व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 45000/ कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Sr. No. Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध Babita 30 Kanyl BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card **EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की साया प्रति संसप्त करें। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलान करें) (प्रयाग पत्र को छाया प्रति मंतरन 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 सुची संलग्न क्रम संख्या Catarac+ Coctaviac SWK ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का माम क्रम संख्या 2000/-ABCS

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा 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.
- 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.
- 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 प्रकार से दिये गये सभी दिवरण सेरी आनकारी के अनुसार सत्य एवं सदी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सेरी सहायत निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायत सांत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायत होतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रशि का आर्थिक या सकल क्षित्रसा किसी अन्य खोळ नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मथिया में मुँगा।

## 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)1 (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 हालाधर या अंगर्ड की छाप लगाफर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, प्रता, फोर्टा और जो विकाण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और विकास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉलिका" प्रथम उसके न्यासियों का निर्णय अतिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के तस्ताकर या अंगुठे का गितान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 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

हमारे अधिकृत, इस्तामधे की ओर से मामक्षेपीयों को "कोशिका फाउन्होशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, विसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1.) यह कि न तो वर्तमान और न हो भीवन्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कोर से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होशन" से सिमारिश/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्होशन" द्वारा महत्त्व प्रतिकृत का किसी अन्य सन्साधन से सहायता त्रित की अस्माधल है। इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्माधल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

 "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता क्रेक्स विदिध प्रकृति को है। देगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलहर या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में सेगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की क्या प्रमुख्य सेगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई परिका सा विकासकी इस समान्त्र में नहीं होगी।

की डोगी और "काशिका" की की	जुमिका या जिम्मेदारी इस मामल में नहीं होगी।	(State of the
	RECOMMENDED FOR ACCE स्वीकृती के लिए संस्तु	PTENCE SIL
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख ©2/12/24	Dr. SUFYAN DANISH M.B. S., DOMS, DNB (Name of Dr. & Regn. No. 1910 Stamps) 9924	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ব যহ হম্মানে আমান্ত প্ৰথমভাব
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDAT	TION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताका 2
Salwaye		ei 1 E