		Mom	- C-23-12	- 0-	115		
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखपाल)						Koshika	
APPLICATION No.:	M 122	311005	APPLICATION DATE	110122		Building block of life	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		kalı	AGE-YEARS		SEX fein	6	
FATHER'S/SPOUSE'S I पिता/कटुम्प का नाम	DAME -	anali				DO TO SEPARATE AND	
VIII age	Warha	0	-	- 1	lordei	PASTE PHOTO HERE	
U	ufter	RMANENT RESIDENCE ADDRES	अपार्र । इ. स्याई आवासीय प	di .		Rocal Restot	
N PONTANTANTANTANTANTANTANTANTANTANTANTANTAN		Same as	above			E .	
OCCUPATION : RESERVE FOTAL ANNUAL INCON	ME :	ne mekar	.	(AI	tach Proof of I	र्ग) / UNMARRIED (अविकारित) ncome)	
कुल वार्षिक आप PAN No. स्थाई खाळा संस् ARE YOU AN INCOME	जना जना	DOL - (family Tick whichever is applicable):	Yes		आय का सहस्य र	सस्तन्त्र)	
स्य आप आप कर दाता	है (ओ मान्य हो उ	म पर सही का निशान लगाये।	र्त /	नही			
Sr. No. ग्रम संक्षा	Na Vi	me of Family Member बार के सदस्यों का गाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	-	Sender लिंग	Relation with Applicant आयंदन के साथ सम्बंध	
J-	Ra	an kumati	2-1	1	1	Joh	
2.	Ga	1//	20	F		Doughter in low	
3.	Somi	J*	8	f		Gwand Doughte	
4.	Ruchi	ka Devi	6	6 f		General Doughter	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विश्तीत	SISTANCE (Tick whi	chever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्तर करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संस्थन व	4	Ration Card (Atlach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रचल पत्र की सामा प्रति संस्तृत करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		The second secon	REQUESTING ASSI				
Sr. No. फ्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जाये को ग्रह प्रतिवेदन सुची संसन्त						
	Diggnosis Rie-Senile codarat						
				118-	Seni	le Cotunact	
	Swa	esuy RIE	8105 0	with	Ompos	a Leus camp	
	0	, pic	Oliva I	en (e) II	Printer	Carl Carl	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	or SAME "PURPOS	E" from O'	THER SOURCE	5	
Sr. No. कम संख्या	इस उद्देश्य के हेतू ओई अन्य सहायता है NAME of OTHER SOURCE अन्य श्लोत का नाम			अन्य रखेत सं तिया तथा हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED श्री गई सहायता राशी			
	Decs			0-0+			

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक 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 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 5, 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रक्रम में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहावता हैतु यह प्रार्थन को गई है, उस गाँश का अधिक या सकता हिस्सा किसी अन्य म्रोठानियोजक/बीधा कम्पनी में न ती तिया है और न ही धविष्य में लैंगा।

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.
- 1) इस प्रयत्र पर अपने हरताकर या अंगठे की छात्र लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमीत भी पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उससे न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवाण इस प्रपत्न में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वावना/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रसार वाष्ट्राय से प्रसार वाष्ट्राय करने के तिय अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाज के पहले वा बाद में करने के तिय "कोशिका फाउडेसन" वा न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस कत से सहयत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत; सहायता का डकदार नहीं काता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और वाध्यकारी श्रेष्ठा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर क अंगूटे का निशान

KT of PT

AGREEMENT by HOSPITAL (** HITTER BIT 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:

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 अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्तेशन" से मितिय स्तायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो मांगान और न ही पविष्य में मितिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान मा किसी अन्य स्वेत से उच्चा गोगी/मामले में लेंगे मा ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"

से सिफारिश/बिनति उकत के सम्बन्ध में "कोशिका पाउन्हेशन" हात मदद तेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हात सहायता विनति अशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है हो अस्पताल

किसी अन्य पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूच्टि में स्पन्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

 "कोशिका फाइन्डेशन" सं लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उच्चार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलान सुरक्षा और आने वाने की सारी विस्मेदारों रोगी एवं हस्यताल

की होगी और "करेशका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वोकती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** Anurag Mishra ऑपोधन को तारीम Stamp of Authorised Signatory (Name, Desig 07/12/23 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डिक्स माम्या अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न. Mohammadi-Kheri जानारिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यासी हस्ताक्षर 1