APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika	
APPLICATION No.: 1/1224/104/			APPLICATION DATE : @9/12/24			112/24	Building block of life	
NAME OF APPLICANT: Komal Singh			AGE-YEARS SIT		- वर्ष	SEX feir		
FATHER'SISPOUSE'S NAME: Mwayam Singh								
Mont, Kadera Khurd, Arrinwa bongar							PARTE PHOTO HERE	
Arrua , Bust - Mathuna, U.P. 28/202							Percop Restop	
same as above								
一 一							त्रों / UNMARRIED (जनिवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आव PAN No. स्थाई खाता संह	ے	4000/				attach Proof of आय का साक्ष्य		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No डॉ / नडी				
1			FAMIL)	Y DETAILS परिवार				
Sr. No. क्रम संख्या	Na परि	me of Family Member खार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आयेदक के साथ सम्बंध	
			\pm					
			F					
			Ε					
		BASIS for REQUESTING A			ver is	applicable)		
BPL Can	d	सहायता के लिये बिन EWS Cartificate	ति आप		tion C	ard	Any Other	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) ভালৰ ভাষা কৰ্ম মুদ্দাল কৰ	अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र		(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
(प्रमाण पत्र की सामा प्रा	ति मॉलग्न करे।	(प्रमाण पत्र की स्थाय प्रति संसान		हों। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसन्त करे। REQUESTING ASSISTANCE:			1.0000.0000	
		सहायता हेत्	किये	गये विनती का उद्दे	ea:			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आरो की गई प्रतिनेदन सूची संलग्न						
	AE- Catanact							
LE- Cataract								
		SWIGETY- (RE) - SICS TEMMA						
Swigery - (AE) - SICS FEM							STENNE	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्देश्य को हेतू कोई व				लिया गया हो?	***	
Sr. No.	NAME of OTHER SOUR			CE AMOUNT			of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	J BCS	अन्य स्वीत का नाम			20	00/-	ली गई सहस्पता रामी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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.
- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", मे शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहापता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करत)

- 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 प्रथव पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार साध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, पता, पतेंद्रों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकादार नहीं बनाता) इस सम्बंध में "कडेशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

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.

हराहे अधिकृत, हरताक्षरी की ओर से वामलेखेगी को "कोशिका काउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

 पड कि न तो वर्तमान और न ही प्रविध्य में विशिष्ट सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फरवनोशन" से सिफारिक/बिनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहामता बिनति आशिक/सकल हेतु मन्त्रूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था चा किसी अन्य सनसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्देशन" से शी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोग् के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये हरमताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की होगी और "कॉशिका" की कोई पृश्चिक या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

10/12/24

(Name of Dr. & Regh. No. with \$146069924 डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर में रोज. न.

(Name, Designation & Statio of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrato

姓

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञान्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्वासी हस्ताधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2