APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखघाल) oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 07/81/25 **Building black of life** आबेरन गंगवा : आवेदन तिथी AGE-YEARS STIT-TH SEX THIT NAME of APPLICANT: Hari Pyari आवेटक का नाम F FATHER'S SPOUSE'S NAME : Kundan पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता swains Etmalyung Rhavain Postob A9 570, U.P. 283202 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आध (आय का साक्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाशा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / मही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम मंख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग Husband mnav 7 n_{h} com Daughter in Law M BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) **EWS** Certificate Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आस्य आय वर्ग प्रमाण यत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की साया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसरन करें। (प्रमाण पत्र की सावा 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 संसव Catarant Catanact JCS TPMMA 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 क्रम संख्या अन्य खोत का नाम 2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 & 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) में पांचण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गरित "कोशिका फाउन्देशन", से स्त्री जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि निम स्तायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस स्तिश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

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/aichievements. 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 प्रयत्त पर अपने हरताश्वर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा गाम, पात, पाते और जो विवास इस प्रयत्न में पांचित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचनान्या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिकिथियों और उपलक्ष्यों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारता करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउकेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहावता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहावता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक वं डस्ताकर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्पताल 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

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 ऑफब्त, हस्ताक्षरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की काती है, जिसे हम (हस्त्वाल) निम्न प्रकार से यान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न ओ वर्तमान और न ही धरिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्ता रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

में सिफारिश/विनिट उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मैं स्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की शोगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

	स्वीक	MENDED FOR ACCEPTEN हती के लिए संस्तुति	THE DE DOMS, UIL	
Date of Surgery ऑपरेशन की जरीख 08/01/25	DR. PRAVEEN SELSHAF! MBBS, DNB, OF THE MOLOGY Reg. No. 97415 Time (Name of Dr. & Rogn. No. with Stamp) stact at 114 a seatest a t/a. 1.		(Name, Designation & Stanp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ মুহ স্কুম্বলাল অধিকৃত্ত অধিকৃত্ত	
1	FOR INTERNAL USE of	KOSHIKA FOUNDATION	आन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नवासी हस्ताक्षर ।			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
E	Sofungel		lite_	