APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. 1 APPLICATION DATE: 10/01/25 Building block of life आवंदन संख्या : आवेदन तिथी NAME OF APPLICANT: Sheda Devi AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX RIT 63 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : nunna पिठा/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Kbalbwa. В Катала лас. Postop Breop U.P. 2042 5 Hamas PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता above same as OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home makes व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 560001- (Family) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई स्थाता संस्त्रा ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार क्रे सदस्यों का नाम आवेदक के साथ सम्बंध उम्र (वर्ष) Pitamoan 6.3 m Husband 1. 2. nn Amau ablerman 20 7 Phirmi Day 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 गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रयाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संतर्भ करे। (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सस्या प्रति मांतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catanact Catanact -SIGHENMA Sung ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम DRCS 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 solernnly 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 8 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 पोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सदायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उस्से उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि विस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोठ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घाँचण्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वरा 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.
- () इस प्रच्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृष करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोड़ो और जो विवास इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उन्देश्य से जुड़ी गांतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहस्रत हैं कि मेरा ताम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकादार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "अंशिंगवा" एवम् उसको न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदम के प्रस्तावर का अंगूठे 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 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, हस्ताक्षणे को और से मामले लोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, निसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तमान और न ही पविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"
में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिकासकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ग्री किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पूष्टि में स्वयंद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साध्यन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्रोशिका फाउन्टेशन" से लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बोच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दश्यव नही है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिन्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "क्रोशिका" को कोई श्रीमका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

	RECOMMENDED F	TRACCEPTENCE DI. SUFYAN DANISH M.B.B.S., DOMS, DANS
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीया 11/0//2 S	DR. PRAVE AN SHAPHI MBBS, DNB, GAATHALMOLOGY Reg. No. 97418 Tir(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डायरर का नाम थ इस्तावर य रहि. न.	(Name, Deeignation & Stemp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
8	Soferengel	lit