×1000000000		60	1 9250	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप		(स्वास	althcare) यय देखपाल)	Koshika
APPLICATION No. : V /	0123/1213	APPLICATION DATE : 0.5/01/23		foundation Building block of life.
NAME of APPLICANT :	hagwan singh	AGE-YEARS		
ATHER'S/SPOUSE'S NAME:		- 0	3 M	GOV V
स्ता/कटुम्भ का गाम	La singh			
Simandha	PRESENT RESIDENCE ADDRE	98 वर्तमान आवासीय	पता	PASTE PROTO HERE
	U.P. 2021 24	su-auga	III)	Pereop Posto
	PERMANENT RESIDENCE ADDRES	38 : स्थाई आवासीय प	123	1000
	Same as about	ve		
CCUPATION:			1.	
TAL ANNUAL INCOME:	anmen			) / UNMARRIED (अनिवाहित)
ल वार्षिक आय N No. स्वडं साता संख्या	52,000 - (		(Attach Proof of II (आय का साक्य र	noome) (लम्)
E YOU AN INCOME TAY ARE	ESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes /	No.	Market Land
नार जान कर दाता ह (जो म	न्द हा वस पर सहा का निशान संगाया	शं /	नहीं	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	MILY DETAILS परिष Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1 Bo	प्रिक्त	उम्र (वर्ष) है (	लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध
2. Pr	vehdas	32	M	
3-				Son
	BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	STANCE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अमान पत्र की छाख प्रति संलग्न को	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ra (Att	ation Card tach Copy) भोकता कार्ड छाया प्रति संसन्त करे।	Any Other Besis/Proof अन्य कोई साक्य
	"PURPOSE" for RI सहायता हेत् कि	EQUESTING ASSISTA ये गये विनती का उर्दे	ANCE:	
Sr. No. क्रम संवया	Med	ical Reports/Prescr	iptions Attached	
	अस्पताल/डॉक्टर से वारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RE- Service Cartaina A			
		750	COPOLA T	
	LE-	Cenil	e Catanal	1
				,
	Sung	ery-(AE	) SIOS+ P	MMA
	ASSISTANCE BEING AVAILED for S इस उद्देश्य के हेत कोई अन्य स	SAME "PURPOSE" fr	om OTHER SOURCES	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE		त किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BE	
I. DEC	🕜 अन्य स्वीत का नाम		रिकक्त/ ली	गई सहायता राशो
		-	2001	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा पोत्रणा 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 & 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 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 comps for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकल में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार राज्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त के
- 2) मेरे द्वारा को सहस्वता राति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वार्यगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि किस सहायता होतु यह प्रार्थन की गई है, इस ग्रांश का क्योंगक या सकत हिस्सा किसी अन्य छोळानियोजकाशीमा कम्पनी से य तो लिया है और न ही पविष्य में लुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SCHOOL BUT WOLL)

- 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 अच्चे इस्ताक्षर या अंगते को छाच लगाकर, में (आवेदक) ज्यानी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उत्तके न्यासीयों " को अधिकृष करता हूँ कि प्रेश नाम, प्रया, फोटी और वो विवास इस प्रथत में योगित है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, यान, माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
  में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथत का विवास में पहले या बाद में करने के लिए "बोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उट्टेरयों से प्रार्थित है मुझे स्वव: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "ब्रॉलिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑडिय और बाब्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : कामेरक में इनताकर चा अंपूर्व का विशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (क्षमताल क्षाव कवर)

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, हस्तावती की ओर से मामरोप्रोमी को "कांशिका फाउन्बंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता निसी मैर सरकारी संस्थान मा किसी अन्य स्वोत से तकत रोगी/मामले में लेंगे मा ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्वेशन" से सिफारिश/विनित उच्छ के सन्यथ में "कोशिका फाउन्वेशन" हात घरद हेतु कि है। यि "कोशिका फाउन्वेशन" हात सहायता किसी अन्य मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यापन से सहायता लेने का अधिकार सुर्वकार रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/शेषी।

2. "कोशिका काठ-डेशन" से ली गई सहायक केवल विविध प्रकृति की है। येगी पर हस्यक्त द्वारा पी गई सलक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव येगी एवं हस्यक्त के बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यक्त में येगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की पूर्व विभिन्नियों कि एक हस्यक्त को होगी और "कोशिका" को कोई भूगिका या जिम्मेयनी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. TANUJ GABARECOMMENDED FOR ACCEPTENCE **d**iministrati स्वीकृती के लिए संस्तृति M.B.B.S. DNB Date of Surgery OMC-76487 ऑपरेशन की तारीख Time\_\_\_. Date (Name, Designation & Stand of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पद हरमताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न. आन्तरिक ठपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1

Seferyel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sit E