AP	PLICATION FO	ORM FOR ASSISTAN तू आवेदन प्रारूप		lthcare) य देखपाल)	Koshika
APPLICATION No.:		24/1271	APPLICATION DAT	E	foundation Building block of life
AME of APPLICAN	T: 1		आवेदन विधी 10 c	आगु-यर्ग SEX िंग	
THER'S/SPOUSE	S NAME: Kali	ma	66	+	
ग्रिकटुम्भ का नाम	- Oad	PRESENT RESIDENCE ADD	nree will	10	KALLITY OF KALSMA O TEMPO DA SON DO HOST C-28-08-
Colam,	Keshar	ipur, gunela	post ma	in hay where	PASTE PHOTO HEREA
Mahhgu	Khesia,	Kheni mahaha	ukheng up	- 362721	100
		Same as	whove	11	
CUPATION:	1.		agove		
TALANNUAL INCOME: MONEYMEKER				MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित)	
त थार्चिक उद्यय N No. स्थाई स्ताता ।	2	7000 - Famil	4)	(Attach Proof of In (आप का साक्ष्य संर	come) तरन्)
E YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE (1	lick whichever is applicable):	Yos /	No	
आप आग फर दात	। हें (जा ग्यन्य हो उन	पर संदी का भिशान लगाये।	FAMILY DETAILS TEN	1911	
Sr. No. क्रम संख्या	Nan परि	ne of Family Member बार की सरक्ष्यों का नाम	Age (Years) उम्र (मर्ग)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध
		BASIS for REQUESTING	ASSISTANCE (Tick which	heurr is applicable)	
		BASIS for REQUESTING सहाबता के लिये वि	ASSISTANCE (Tick whice	hever is applicable)	
BPL Ca (Attach Caro	( Copy)	BASIS for REQUESTING सशास्त्र के लिये कि EWS Certificate (Attach Certificate Copy	नित आधार	hever is applicable)	Any Other
(Attach Card गरीची रेखा के नी	i Copy) वे प्रमाण पत्र	सहायता को लिये वि EWS Certificate	official super	tation Card ttach Copy) स्थोक्ता कार्ड	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Card गरीची रेखा के नी	i Copy) वे प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy आर्थ आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्था	र्नात आधार () (प्रमाण पथ म	tation Card ttach Copy) रभोक्ता कार्ड रो स्थय प्रति संसान करे।	Basis/Proof
(Attach Card गरीची रेखा के नी इमाण पत्र भी छाना	i Copy) वे प्रमाण पत्र	सहायता के लिये वि EWS Certificate (Attach Certificate Copy आरु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी साया प्रति स्टेशन	नित आधार (प्रमाण पत्र व for REQUESTING ASSIS तु कियं गर्थ विनती का उर्	tation Card ttach Copy) रभोक्ता कार्ड ते छाम प्रति संसान करे। TANCE: देल्य:	Basis/Proof
(Attach Card गरीची रेखा के नीच	i Copy) वे प्रमाण पत्र	सहायता के लिये वि EWS Certificate (Attach Certificate Copy आन्य आय कर्ग ग्रमण पत्र (प्रमाण पत्र की सावा प्रति स्टेलण  "PURPOSE" सहायता है	fin आधार (प्रमाण पत्र व for REQUESTING ASSIS तु किये गर्व विनती का उद्	tation Card ttach Copy) रभोवता कार्ड ते साथ प्रति संसान करे। TANCE: देश्य:	Basis/Proof
(Attach Card गरीची रेखा के नी इमाण पत्र भी छाना ! Sr. No.	i Copy) वे प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy आग्ध आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी सामा प्रति स्टेक्ट  "PURPOSE" सहायता है	नित आधार (प्रमाण पत्र व for REQUESTING ASSIS तु कियं गर्थ विनती का उर्	tation Card ttach Copy) रभोवता कार्ड ते साथ प्रति संसान करे। TANCE: देश्य:	Basis/Proof
(Attach Card गरीची रेखा के नी इमाण पत्र भी छाना ! Sr. No.	i Copy) ये प्रमाण यह प्रति संसम्न करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy आग्ध आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी सामा प्रति स्टेक्ट  "PURPOSE" सहायता है	नित आधार (प्रमाण पण म for REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उर Medical Reports/Preservane/डॉक्टर से आग्रे की	tation Card ttach Copy)  प्रभावता कार्ड है साम प्रति संसान करे।  TANCE: देश्य: टार्ग्रांका Attached व्ह प्रतिवेदन सूची संसान	Basis/Proof अन्य कोई सास्य ( cctc/)q ( f
(Attach Card गरीची रेखा के नी इमाण पत्र भी छाना ! Sr. No.	i Copy) ये प्रमाण यह प्रति संसम्न करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy आग्ध आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी सामा प्रति स्टेक्ट  "PURPOSE" सहायता है	fin आधार (प्रमाण पत्र व for REQUESTING ASSIS तु किये गर्व विनती का उद्	tation Card tiach Copy) रमोक्ता कार्ड है साथा प्रति संसान करे। TANCE: दंत्य: टांptions Attached व्ह प्रतिवेदन सूची संसान	Basis/Proof अन्य कोई सास्य
(Attach Card गरीची रेखा के नी इमाण पत्र भी छाना ! Sr. No.	i Copy) ये प्रमाण यह प्रति संसम्न करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy आग्ध आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी सामा प्रति स्टेक्ट  "PURPOSE" सहायता है	नित आधार (प्रमाण पण म for REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उर Medical Reports/Preservane/डॉक्टर से आग्रे की	tation Card ttach Copy)  प्रभावता कार्ड है साम प्रति संसान करे।  TANCE: देश्य: टार्ग्रांका Attached व्ह प्रतिवेदन सूची संसान	Basis/Proof अन्य कोई सास्य ( cctc/)q ( f
(Attach Card गरीची रेखा के नी इमाण पत्र भी छाना ! Sr. No.	i Copy) ये प्रमाण यह प्रति संसम्न करे।	सहायता के लिये वि EWS Certificate (Attach Certificate Copy अस्य आप कर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्था "PURPOSE" सहायता है	नित आधार (प्रमाण पण म for REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उर Medical Reports/Preservane/डॉक्टर से आग्रे की	tation Card tiach Copy) र्भावता कार्ड है साथ प्रति संसान करे। TANCE: ट्रेन्थ: ार्ग्रामांका Attached व्हें प्रतिबंदन सूची संसान	Basis/Proof अन्य कोई सास्य ( cctc/)q ( f

इस उर्दश्य में हेतू कोई अन्य सहायता फिसी अन्य स्थात से लिख गया हो?

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्थात मान

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ली गई सहायता राशी

DBCS

Sr. No. क्रम संख्य

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा योषणा परः

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

- 3) 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी निकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विधाग एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता रहिंग "कॉशिका फाउन्टेशन", में ली जा तही हैं, उसका टपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जर्मगा, जो इस प्रक्रम में भग गया है।
- मैं भुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रायंता की गई है, उस गाँग का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत-नियोजक कीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भीक्य में सुँगा।

### AGREEMENT by APPLICANT ( SUPER BIT WITH)

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.

 इस प्रथप पर अपने इस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑधकृत है। मेरे प्रयत का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कॉशिका फाडडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेषक) इस कत से सहमत हूँ कि मेरा तम, पता, फोटो और विमरण जो कि समायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में

"कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताधर या अंगुटे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (EPHINE ON WAR)

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

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरों की उदेर में मामले:रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विजिय संख्यता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविषय में वितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उत्तर रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/विनति उस्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" इस सहायता किनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जात है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस चूरिंट में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसों अन्य सत्थन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी यर हस्पताल द्वारा रो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धृमिका या जिम्मेशरी इस गामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery on A Stamp of Authorised Signatory (Name, Design 0/02/24 a (of Hospital) (Name of Ur. & Regn. No. with Stamp) नाम के स्पदाल श्रीधकृत अधिकारी ्डायटर का नाम व हस्ताक्षर व राजि न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2