APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखमाल)					Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/03	25/1330	APPLICATION DATE	103125	Building bluck of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	1	eshvari	AGE-YEARS	अपू-वर्ग SEX सिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME:	Pajaran			May 11 (State )	
Gaunic	10 00	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय प	anchi	PASTE PHO AND PARTIES	
Gaung	Nigh	alan Utlan			Protot 0911	
		RMANENT RESIDENCE ADDRESS	हिन्दू है । स्थार आवासीय पत	1-982303	10000	
		ura cas c	mae			
OCCUPATION :	home	maken		MARRIED (Raille	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO	MAE	1000  - famil		(Attach Proof of		
PAN No. स्थाई साता स	स्थ्या				77.5.5	
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE ( है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): ॥ पर सही का निशान लगाये।	ノ Yes / N 京 / コ	नशी		
Sr. No.	I No	ne of Family Member	MILY DETAILS परिव Age (Years)	र विवरण Gender	Relation with Applicant	
इत संख्या	्परि	वार के सदस्यों का नाम	उस (वर्ष)	, (लंग	<ul> <li>आवेदक के साथ सम्बध</li> </ul>	
0		ellimu	30	М	-10.19	
8		zalanınddin	27	M Z	ion .	
		BASIS for REQUESTING ASS सद्यापता के लिये विनति		hever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग ग्रमाण पत्र (ग्रमाण पत्र को साथा ग्रति संसरन को	(A 3	Ration Card ktisch Copy) पपोक्ता कार्ड को सामा प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साझ्य	
			REQUESTING ASSIS कर्षे गर्वे विनती का उप			
Sr. No.				criptions Attached		
क्रम संख्या है अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गुई प्रतिवेदन सूची संलग्न					taract	
	1	R	E Jen	iti d	atarost	
	1			^		
	fwg	un Re	Jus u	9th PA	ing in camp	
	F 0					
		ASSISTANCE BEING AVAILED ! इस उद्देश्य के हेतू कोई अन	or SAME "PURPOSE संसायता किसी अन्य	E" from OTHER SOURCE स्त्रोत में लिया गया हो?	ES	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता गरी		
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम DBCS			No. 10 and the second section	
		8		1		
					1	

### 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.
- मैं घोषण करत हैं कि इस प्रक्रण में दिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई किवरण एवं कथन असल्य गाया जात है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्वापता राशि "कॉशिकर फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी बदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सतायता होतु यह प्रार्थना की गई है, इस रहिर का अंतिएक या सकल किस्सा किसी अन्य धोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न शो लिया है और न ही परिचय में लूँगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (Spirits gra with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Kosnika Foundation and it's Trustees to use/publish/pdt-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 प्ररव पर अपने इस्ताक्ष्य या अंगते की छाप लगाकर, में (आलेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांतिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवाण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कांतिका" एवम् न्यामी, दान, माचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रथव का विवाण मेरे इलाज के पहले या काद में करने के लिए "कांतिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, फा, फोटों और विकरण जो कि सहायता के उप्देश्यों से अधित हैं मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इस्ताधर या अगुठे का निमान



### AGREEMENT by HOSPITAL ( FRUITH ETG WOT)

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:

T) 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 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.

हणों अधिकृत, हस्ताक्षणे को ओर से मामले/गोंगी को "कोशिका फाउन्सेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्त्यातन) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त ग्रेगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विगीत उक्त के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा स्वता के सामग्री का स्वारा के से अस्पताल विगीत आरिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है ते अस्पताल किसी अन्य से सहायता लेने का जायिकार सुरक्षित रखता है। इस पृथ्व में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वयन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेंशन" से ली गई सहायता केवल थिटिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का भुनाय ग्रेगी एवं इस्पताल के बीच का थिएय है और "कॉशिका फाउन्टेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाल नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की मारी जिम्मेदारी ग्रेगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में वहीं होगी।

# Pate of Surgery आपरेशन की जारीख । Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) आबर का नाम व प्रस्तान कि में FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 असर्वा हम्लास । SIGNATURE of TRUSTEE 2 असर्वा हम्लास ।

30-11-2024