| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल) | | | | | | | Koshika | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APPLICATION No.: V1223/1422 | | | | LICATION DATE: | 07/ | 12/23 | Building block of life | |
| NAME of APPLICANT : CD CA | | | | AGE-YEARS OF | | SEX fem | | |
| NAME OF APPLICANT: DEVANDY | | | | 53 | | F | THE STATE OF THE S | |
| FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम | NAME: G | reetam | | | | | | |
| Mayo | nihiin | PRESENT RESIDENCE ADDR | ESS T | र्तमान आवासीय पता | | | PASTE PROTO HERE | |
| 7 | | Suvikana, 1 | aa- | Jug WI | | - | Pure of Postog | |
| | usti- A | LIGATH U.P. | ZOQ ESS: 7 | 140 थाई आकासीय पता | | | Total Total | |
| | | same as | abo | ve | | | | |
| OCCUPATION : | H | ome make | 77 | | MA | ertied (विवाहि | l त) / UNMARRIED (अविवाहित) | |
| TOTAL ANNUAL INCOME: जुल वार्षिक अव | | | | | | | | |
| PAN No. THE THE THE | | (Tick whichever is applicable): | | | | | | |
| क्या आप आय कर दाता | है (जो मान्य हो उ | (HCK Whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये। | | Yes / No स्रो / नर्र | | | | |
| | | | FAMILY | DETAILS परिवार | | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Na VE | me of Family Member रेक्ट्र के सदस्यों का नाम | Age (Years) ਰੂਜ਼ (ਕਵੀ) | | Gender सिंग | | Relation with Applicant आपेदक के साथ सम्बध | |
| | | anvier Singh | | 37 | | V) | Husband | |
| 3. | Cho | Choty | | 35 M | | М | .con | |
| 3. | | | + | | _ | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन | ASSISTA रति आध | NCE (Tick whiche | ver is ap | oplicable) | | |
| BPL Card (Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की साथा प्रा | Copy) प्रमाण पत्र | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतान | Certificate Copy) त्रय वर्ग प्रमाण पत्र | | | । १) ई संसम्ब करे। | Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य | |
| | | | | JESTING ASSISTA | | | | |
| C- N- | | | | ाये विनती का उद्देश | | | | |
| Sr. No. Medical Reports/Prescriptions At क्रम संख्या अस्मताल/डॉफ्टर से जारी की गई प्रतिवेदन | | | | | | | | |
| | DE - Caterary | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | L | E- | Cat | wa | 7 | | |
| | | | | | | | | |
| | | Sura | елч | - (RE |)_ | 2305 | + PMMA | |
| 34 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | • | | | | | | | |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई उ | D for SA प्रन्य सहा | ME "PURPOSE" fe पता किसी अन्य स्वो | rom OTF त में लि | IER SOURCE वा गया हो? | S | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE | | | AMOUNT of | | | ASSISTANCE BEING AVAILED | |
| क्रम सख्या | | | | | 2000/ | | | |
| | - | | | | | - | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 was requested by me.
- 31') 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 चांपण ऋरता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार मान्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कचन असल्य पाचा जाता है तो मेरी सहायता निस्स्त की जा सकती है।
- 2) भी द्वारा जो सहायता एति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पृष्टि करता है कि जिस सहायता हैतु पह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्नोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य 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/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 entitie 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की छाप रागाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाँगडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का जिवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आगोरक के इस्ताधर या अंगुठ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से धितिय सहायता हेतु सिफारिश की जातो है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भीवन्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से तका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विगति तकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होगन" द्वारा नदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होशन" द्वारा सहायता विगति आशिक/सकत हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था 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/यामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

 "कॉशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाम ग्रेमी चूर्च हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका परवर-देशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने ब्रान्ति की मोरी जिम्मेद्देश रोपी एवं इस्पताल को होगो और "कोशिका" को कोई चुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख 08/12/23 DR. PRAVE MBBS, DNB Reg. No. 974

TifName of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

न्यासी हस्ताक्षर ।