APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 08 /02/23 APPLICATION No. : V/0223/1453 Building block of life. आवेदन संख्या : आवंदन तिथी AGE-YEARS अापु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : Ramyana आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Karyma पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवस्तीय पता 604, Bounali, Baunoli, Perecep Right-Buland Stahan, U.P. 203131 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आवासीय पता same as above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home ध्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (Family) कुल वार्षिक आव (आय का साध्य संसन्न) PAN No. स्पाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Name of Family Member Gender Relation with Applicant Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (पर्ष) शिंग 16 Husbard Shan Mahmmad 13 89 almahammad M San BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायवा 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 उपमोक्ता कार्ड अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रयाण पत्र की साचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र भी छाया प्रति मोलग्न भरे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गर्थ विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न क्रम संख्या semile Codamact semile Catamant Swig eny ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता ग्रशी क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम DBCS 20001-

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरक द्वारा चोषणा पत:

- 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/cuncellation.
- 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, evail 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं करून असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्स की जा सकती है।
- मेरे इस वो तहायत शांत "क्रोशिका काउनांशन", से ली वा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यमा, जो इस प्रकृप में भग नया है।
- मैं जुन्दि करता है कि जिस सहातात हैंनू यह अर्थना की गई है, उस गाँत का आधिक वा सकल हिस्सा किसी अन्य झोदानियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चाँवव्य में सुनित।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेरण द्वारा कवार)

- 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 प्रपत्र पर अपने इन्ताक्षर या अंगठे की क्षण सन्तकर, में (आवंदक) अपनी सहमाति को पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोंशिका" एवम् न्यासी, दान, धावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गरिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माजाम से प्रसारता करने में शिष्ट अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निवरण मेरे इलाव के महस्ते या बाद में कारने को लिय "कोशिका फाउंडेसन" व न्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिवरण के कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्था: ग्रहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रमृ उसके न्यांतिमों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्थेरक के इस्तावर या जंपूर्व का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (हलताल इस 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, इस्तासरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाइन्होशन" से कितिय सकापता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से भान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त संगो/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/धिनति उक्त के सम्याप में "कोशिका फाउन्हेशन" इस मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" इस सहायता विनित्र अशिकार स्थाति अशिकार स्थाति अशिकार का माना है कि अस्पताल हिताय मदर उक्त संगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य त्यापन से नहीं लेगारलंगी।

2. "कॉलिका फाउन्डेनन" से ती गई सहायता केवल जितिय प्रकृति को है। संगी पर हरमताल द्वारा में गई सलाह या फिसे गर्न उपचारप्रक्रिया का मुनाब संगी एमं इस्तान के बीच का नियम है और "कॉलिका फाउन्डेमन" द्वारा का मोई दबाब गरी है। इसलिये इस्पताल में राणि को इलाज सुरक्ष और आने चाने की इसि किम्पिस मिन है। इसलिये इस्पताल में राणि को इलाज सुरक्ष और आने चाने की इसि किम्पिस मिन है। इसलिये इस्पताल में राणि को इलाज सुरक्ष और आने चाने की इसि किम्पिस मिन है। इसि की कोई मुन्कित मा किम्पिस मिन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेतन की तारीख OR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS (Name of Dr. अ Regn. No. with Stand) on behalf of Heispitan नाम व पर हमताल अपकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
-वासी हस्ताक्षर 1
-वासी हस्ताक्षर 2