APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमात)						Koshika	
APPLICATION No.: V (0323 1667			APPLICATION DATE : 17 d3 23			Building block of life	
NAME OF APPLICANT: Nemichand				AGE-YEARS HIS TH	SEX Refr	- C	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम		inua Ram				13/	
	Fateho	PRESENT RESIDENCE ADDRI		त्यान आवासीय पता ८ सिक्टर्रापु	a .	Preop Posty	
í	Dist!	ASTA U.P. S	ISS: P	७० ६ वर्ष आवासीय पता		r-cap resimp	
		Same as a	bai	·c			
OCCUPATION :	Un	emplayal		· ·	MARRIED (Frank	प्राः / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	ME: 4	employed	im	ily	(Attach Proof of (आय का सास्य		
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दात	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निरात लगाये।	_	Yes / No ef / rel /			
	4			DETAILS परिवार विव			
Sr. No. क्रम संख्य	Na ref	me of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	1	Age (Years) তম (অর্থ)	Gender film	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
/-	Man	Contract State of the Contract	1 7	-afe	F	Wife	
2.	Ishwari Prasa		+	32	M	Son	
3.	Roo			(30	F	Dayantenin Lell	
						Q.	
		BASIS for REQUESTING / सहायश के लिये कि	ASSIST/ रति आध	ANCE (Tick whichever	is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy अस्य अग्य वर्ग प्रयाण पत्र (प्रमाण पत्र की ब्रामा प्रति संसान	te Copy) মেল মূল		Card Copy) कार्ड प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
				UESTING ASSISTANCI गर्य जिनती का उद्देश्यः	E:		
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न RE - Ca-tarac-t					
	1.E - Catavact						
		(2)	wig	ory- (E) S:	ics + PMMH	
		ASSISTANCE BEING AVAILE				CES	
Sr. No.	1	NAME of OTHER SOL	IRCE	सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? E AMOUNT		of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गर्व सहस्यता यसी	
क्रम संख्या	DB	अन्य स्थात का ना	t	2	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: उसलेटक द्वारा भोगणा 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.
- 3) 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.
- 1) मैं प्रोपमा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाण जाता है तो मेरी सहागता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इस जो सहस्था राजि "कॉशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकल किस्सा किसी अन्य स्रोत-नियोधक/बीना खम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक 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 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 प्राप्त पर अपने तस्ताक्षर या अंगते की साथ लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पृष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निजरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, बाधना/ज दूसरे उप्रदेश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "बोरिशका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस सात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहामता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहामता का हकदार नहीं बनाय। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL ((WHEN THE WITH)

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, इस्ताक्षणे की ओर से मामलेपोनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहस्थत किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंने था ले रहे है, वैसे कि हमने "क्रोडिका फहरन्हेशन" में सिफारिश/विनति उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेनू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सकायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्भुर नहीं किया जाता है तो अस्थताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सवायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट बाहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रांगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी शंख्या या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्हेंशन" से ली गई सहायता कोवल वितिय प्रकृति को है। ग्रेमी पर हस्पवाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं <u>हस्पताल</u> के बीच का विचय है और "कोशिका फाउन्बेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवास नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने जो दिसे किसी है। इसलिये हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूभिका या विष्मेदारी इस मामले में मही होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

Dr. TANUJ GABA M.B.B.S., DNB

(Name of of a Regn. No. with Stamp) उपकर ने भिष्य व इस्तामा म रवि न

entsed Signatory (Name, Designation & Sta on behalf of Nespitali-

Annihistrator

नाम व पर हरपताल अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञानरिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 2