APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika (स्वास्थव देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation 1/0425/0021 APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 02 04 25 Building block of life. आबेदम संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX लिंग NAME of APPLICANT: Raykumar आबेदक का नाम 54 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Dayagi Ram पिता/कट्रम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता E PHOTO HE Garas or oray 2 cranaus Postop Percop Aliganh U.P. 202143 Desti-PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता as above Same OCCUPATION: MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Labour व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) STOVOI कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई 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 Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम रम (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध wife herla 1. 7. 26 son Jatin m Dama Lten in Law 75-Rhoom 24 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची मंलग्न क्रम संख्या Cotanact entanact SIES +PMMH surgery ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता एशी अन्य स्त्रीत का नाम क्रम संख्या DB CZ 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 ma
- 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
- मैं योषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी मतायता निरस्त की जा सकाती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहरका राशि "कोशिका फाउन्≧शन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राक्रप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गाँश का भाँशक वा सकल हिस्सा कियी अन्य सोट/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगर्त की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एमम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे ४६९९२४ से जुडी गतिकिधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विसरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउटेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (आवेरक) इस बात में सहसव है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्दरशों से प्रार्थित है पड़े स्वत: सहायता का टकवार नहीं बचावा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवन् उसके न्यासियों का निर्णय असिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अववेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इसलाल द्वार 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

हमारे अधिकृत, हरकाक्षरी की और से मामलेजोगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से विकिय सहायता हेंगु किफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- तह कि न तो क्रांमान और न ही प्रविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उका रोगी-यामते में लॅंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "क्रोरिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेत कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा संबादश विनति आशिकासकल हेत सन्वर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायना लेने का ऑधकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पन्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले हेत किसी
- गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से तो गई सहायता केवल विठिय प्रकृति को है। ऐगी पर हस्पताल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपनार/प्रक्रिया का चुनाव हुं के बीच का विषय है और "नोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वात नहीं है। इसलिय हस्पलाल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उत्तरे 📝 की होगों और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. SUFYAN DANIS महिद्याला के लिए संस्कृति Administrator M.B.B.S., DOMS, DNB

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03/04/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

(Name Designation & State Dialles) on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

30-11-2024