		SRE-C	- 25- 03	3-1228		
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthc	are)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	51042	5 [0024 A	PPLICATION DATE : बेरन तिथी AGE-YEARS आयु-		Building black of life.	
NAME of APPLICANT : SHE'CE TEL FIRE FATHER'S/SPOUSE'S NA	Mus. R	0	38	F		
पिता/कादम्भ का नाम	M Dha PER	RESENT RESIDENCE ADDRESS CONTROL OF THE STATE OF THE STA	स्थाई आवासीय पता	igur Lar	Paste PHOTO HERE Pull op Post op Rakhi (0024)	
OCCUPATION :	San			L	/ www.powp / withwithur	
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आप	45,	Maker 0001 family	Income)	(Attach Proof of In		
PAN NO. स्थाई खाला संह्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आप कर गुला है	X ASSESSEE (Tic	k whichever is applicable): पर सही का निशान लगाये।	Yes / No	_		
			LY DETAILS परिवार वि	ववरण		
Sr. No.		of Family Member	Age (Years)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
क्रम संख्या	CON	के सदस्यों का नाम	उम् (मर्थ)	79	Husband	
(2)	san Juc	KU	15	M	son	
(8)	Neo	24			Con	
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति उ		ver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संतरम करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करें।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			EQUESTING ASSISTA ये गये विनती का उद्देश		·	
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सृची संलग्न				
	70	ngnosis Ri	Cat	wact		
		I LE	- Car	aract		
	&u	rgerry RE	, - SEC	S WITH	PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य	SAME "PURPOSE" In	om OTHER SOURCES		
Sr. No. ऊप संख्या		इस उद्दर्य के हतू काई अन्य NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

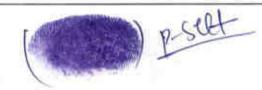
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance
 was requested by me.
- I hereby confirm that I have not 8 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 भोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिने सबे सभी विचरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। चरि कोई विचरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सहावत निरस्त की जा सकती है।
- मेर द्वारा जो सहायता गाँश "कोशिका फरउन्डेशन", से ली जा स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, दस ग्रांश का आरिक्ष या सकत क्षित्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 fulfillment 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.
- () इस प्रथा पर अपने हत्ताका या अंगटे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहसति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयां " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतारा और जो विवाल इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनान्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। येरे प्रपत्र का विकाण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यांसर्थ का निर्णय अतिम और बाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्थेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



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, हस्ताधारों को ओर से मामले रोगों को "कोशिका फाइन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) या कि न तो वर्तमान और न हो मंबिष्य में वितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से इक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" हुए सहायता विनित्त आशिक/सकत हेंद्र मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य पेत सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी तैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्देशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगों पर इस्पताल हारा दी गई मलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगों एवं इस्पताल के बीच का विश्वय है और "कोशिका काउन्देशन" हारा कियो प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जो सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** ADMINISTRATOR Dr. NEW ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) DMC No. 5:939 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 11-4-2025 नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताधर व रजि. न. आन्तरिक टपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2