APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION DATE: 06/04/25 APPLICATION No. : 0425/0034 Building block of life आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS जायु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 56 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कट्म्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तुमान आवासीय पता Mathuras aust. Mothway PERROL 281404 U.P. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्याई आवासीय पता Samme as above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Labour व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य 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 Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम ठम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग doogbwake 34 Wife lancic hamd 30 m Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छागा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारो को गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या Catanant Catanant SICS + PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्त्रोत का नाम लो गई सहायता राशी क्रम संख्या 2000/ ABCC

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.
- 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 in requested.
- मैं चीवणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवस्ण मेरी जानकारी के अनुसार संस्य एवं सात्री हैं। यदि कोई विवस्ण एवं कथन असत्य प्राया जाता है तो मेरी अहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी ठदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सतावता तेतु वह प्रार्थना की गई है, इस ग्रीहा का भाषिता या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/निषोजन/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न तो प्रविद्य में लैगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक हारा 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 प्रयत्र पर अपने हरताक्षर या अंगठे को छाप लयाकर, में (आवंदक) अपनी सहस्ती को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रथत में गोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी मतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिय अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका काउड़ोस्त" व प्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मैरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एथम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और अध्यक्तारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर सरकारों संस्था वा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (THATITA TRI WAR)

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, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "क्षेशिका फाटनोरान" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार से बान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कोत से उक्त रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "क्योंतिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "क्योंशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "क्योंशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता तेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को हैं। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रसूत स्पृष्ट किया है। इस किया है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और "कोशिका पाउन्होंगन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और "कोशिका" को कोई प्रमुख दा विक्रोदार्ग इस सामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख ० 7 (०५ | 25 M.B.S., DOMS, DNB UPME 69924

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

(Name, Designation Standard Standard Standard Standard Of Hospital)

नाम व पद हस्पताल 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