## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(स्वास्थय देखभाल)			foundation	
APPLICATION No. : 5/0425/00		5/0034	APPLICATION DATE: 16-4-2025		- 2025	Building block of life	
NAME of APPLICANT :	0[072	2/0001	AGE-YEARS ST	य-वर्ष डि	EX Rein		
आवेदक का नाम	Muso	meghvati	52		F		
FATHER'S/SPOUSE'S । पिता/कटुम्म का नाम	AME.	VI. Mainfa PRESENT RESIDENCE ADDRE			K		
		PRESENT RESIDENCE ADDRE	ss वर्तमान आवासीय पत		0.1	PASTE PHOTO HERE	
ballsta	Kars	Stick, 24	1452	ieu	01,	Pru op Postop Mcghvati (0034)	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता						Mcghivati	
	Sa	me as abo	auc.			(0034)	
OCCUPATION :	Hor	ne maker		MARRI	ED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM मुल वार्षिक आय	E: L	18,000 / famil	ly Prom	(Attacf (आय	n Proof of Inc का साक्ष्य संत	ren) MA	
PAN No. स्थाई खाता संस	941 N	A .	1 -				
ARE YOU AN INCOME	rax assessee ( है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/N हां/न	R.			
			FAMILY DETAILS TRAIT				
Sr. No. कम संख्या		me of Family Member रवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gen fer		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
FIN	M	ainDal	55	M		Husband	
(123)		Johan	2.6	26		con	
(3)	KI	173h.	24	19		Son	
	-		-				
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन		ever is appl	licable)		
BPL Car	d	EWS Certificate	R	ation Card		Any Other	
(Attach Card Copy)		(Attach Certificate Copy)	(At	tach Copy)		Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीबे		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न	अय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड		in whi	अन्य कोई साक्य	
(মুনাল যুদ্ধ স্থা ভাষা ম	करा (असील तम क	तरे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।					
			or REQUESTING ASSIST तु किये गये विनती का उद्				
Sr. No.	Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	-						
		Diagnosis - RE - Pseudophacio					
	-	Diagnosis - RE - Pseudophacio					
- 7							
	-	CIDIOPPULL IF - SECS WITH PHINA					
Surgery 15 - ous with title							
		V V					
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई :	D for SAME "PURPOSE" अन्य सहायता किसी अन्य १				
Sr. No.	o. NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम	ली गई सहायता राशी				

## DECLARATION by APPLICANT: अस्पेटक द्वारा चाँपणा 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 & 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा वो सहायका राशि "कांशिका फाउन्हेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पृष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रधंना की गई है, उस शशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीम कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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) (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 प्रयत्र पर अपने हल्लाक्षर या अंगटे को क्राप लयाकर, में (आवेदक) अपनी महमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउँडेशन और उसके न्यासोयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रयत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के यहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेषक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एथम उसके व्यक्तियों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

1 Prolet

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल द्वारा 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, हस्ताक्ष्णे को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्स्ताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लंगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हरूपताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हरूपताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हरूपताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ARNAB MODAK स्वीकृती के लिए संस्तृति ADMINISTRATOR Date of Surgery SCEH SAHARANPUR Dr. NE ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 16-4-2025 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 -वासी हस्ताक्षर १ न्यासी इस्ताक्षर 2