APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभात)		Koshika						
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	5/0425	10037	APPLICATION DATE : 18-4-2025		Building block of life.						
NAME of APPLICANT : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग											
अर्वदक का नाम	Myon	lasis Ahamaa	64	M							
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME:	ate Mr. Ba	shir								
138/11/	IA A	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय प	Lank	PASTE PHOTO HERE						
Schat	Saha	Francisco Ch	irkano	Kara	Dou op Post op						
DETAR	Pinad	ech 1 2472	31	,	Pou op Post op Nasir Ahamad						
	P	ERMANEN RESIDENCE ADDRES	S : स्थाइ आवासाय पत								
	84	ane as a	bove		(0037)						
OCCUPATION : व्यवसाय	owi		ARRIED (Pari	हित) / UNMARRIED (अविवाहित)							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आप 50,000				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)							
PAN No. स्थाई खाता सं		·									
ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर टाला	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes /								
341 3414 340 340	4. 5.70 DOM: 40.30		AMILY DETAILS परिव								
Sr. No.	Na	me of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant आवेदक् के साथ सम्बध						
क्रम् सख्या	NA	वार के सदस्यों का नाम	उम् (वर्ष)	[Frit	Wife.						
0.1	Maksud		45	19	son						
(3)	Va	nana.	39	12	haughter in law						
(5)	RIF	ad Khalid	23	14	Cuhano Con						
(8)	Mohd 2aid		20	M	Guiana son						
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनर्श	SISTANCE (Tick whic	chever is applicable)							
		EWS Certificate	Ration Card		Any Other						
(Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अहप आय वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof						
(प्रमाण पत्र को कावा प्रति संलग्न करे।		(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न ।			अन्य कोई साक्ष्य						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:											
			किये गये विनती का उ								
Sr. No.											
क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेद					**						
		iagnesis -	- RE- Potal senili catariact								
LE-Pseudophacio											
						Surgery - RE - SICS WITH PMMA					
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPOSE	E" from OTHER SOUR	CES						
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?											
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOUR अन्य स्त्रोत का नाम	RCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी							
সংশ গ্রহণা		वाच स्त्रात का नाम									

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

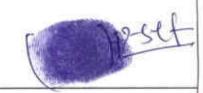
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- I hereby confirm that I have not δ 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 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 जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि कला है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोतः/नियोजक/बाँमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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) 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 अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडरन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो जिवरण इस प्रपत्र में पोपित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडरून" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (प्रस्पताल 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, हस्ताक्षरों को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही अविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हाए सहायता विनति आशिक/सकत हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित 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 लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्बेशन" से ली मई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगो पर हस्यताल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगो एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्याव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगों एवं हस्यताल की होगों और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगों।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE ARNAB MODAK स्वीकृती के लिए संस्तुति ADMINISTRATOR Date of Surgery Br. NEH SCEH SAHARANPUR ऑपरेशन को तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 17-4-5052 Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।