

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION No.: C/0725/0038 oundation APPLICATION DATE: 23-7-25 Building block of life. आवेदन तिथी NAME of APPLICANT : MEETQ AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX Rem आवेदक का नाम 61 remale FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Naiakat पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Habur, Sikhauda, Munadabad, Simbawal, Ghzajabad, Ganhmuklesha Utton parolub- 245207 Pre PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same ahove occupation: Helper (Son) व्यवसाय MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME: 108,000 (Farmily Income) (Attach Proof of Income) NA कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या NA 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 / मही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्म (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग Rizwam 18 Mali ടത്ന BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र Basis/Proof अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को झत्या प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करे। अन्य कोई माध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न DC . Perforated compeal varin ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES . इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशी MA

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भीषणा 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 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 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 is requested.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है को मेरी सहायक निरस्त की जा सकतों है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस सहापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोद/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिक्प में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनेदक 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 साप रुगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमाँट को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वासना/वा दूसरे उद्देश्य से जुबी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेश नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्तासर या अंगुठे का निशान

EEMENT by HOSPITAL (हस्मताल द्वारा करर)

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.

इमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले∕रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध 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 भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिस/विनति उसा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाण है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से महायत लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्हेशन" से सी गई सहायता क्रेयल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह पा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगों और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	0	RECOMMENDED FOR ACCEPTEN स्वीकृती के लिए संस्तुति	CE	Sie / Vie	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23 - 7 - 25	(Name of Dr. & Regn डाक्टर का नाम व इं	Mo. with Stample 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19		Stamp of Authorised Signatory ehalf of Hospital) पताल अध्यक्त अधिकृत	
		AL USE OF ROSHIRA FOUNDATION	आन्तरिक उपयोग हेत्	Sem and S	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 Daryagani, Dell		Daryagani Deibi-110002	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यांसी हस्ताक्षर 2		
5	fungel		lic 1	E_	