AP	(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)			Koshika			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	APPLICATION DATE 0 4/25			Toundation :			
NAME OF APPLICANT:			AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग		SEX TRIP		
					M		
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्म का नाम	S NAME -	Truloushah				W Hall 2017	
	and the same	PRESENT RESIDENCE ADDRES	S वर्तमान आवासीय प	et .	200	PASTE PHOTO HERE	
THO BEL	HUH S	HINIK COLC		1		100	
		Han	Prodesh.	290	ou!	buop Postop	
		ERMANENT RESIDENCE ADDRES	अ ि प्र		Marine .	back topist	
			0,0	-			
OCCUPATION :	Ja.	rimer	-	MAE	(विवाहि	া) / UNMARRIED (কবিবাছিন)	
TOTAL ANNUAL INCI	OME:	30/000/-		(Att	ach Proof of य का साह्य	Income)	
PAN No. THE WHITE	संख्या	0001		(0	ाय का सादय	सलान)	
ARE YOU AN INCOM क्या आप आप कर दात	E TAX ASSESSEE त है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): इस पर सहीं का निशान लगाये।	Yes/#	lo स्त्री		The state of	
			MILY DETAILS परिवा Age (Years) उम्र (वर्ष)				
Sr. No. क्रम संख्या	Ni VI	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			ender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
	+						
			N	4			
				0)			
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति		hever is a	oplicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) मरीबी रेखा के नीचे प्रभाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संसम्ब करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संतरन क	ch Certificate Copy) (Atta य आय वर्ग ग्रमाण पत्र उपभ		y) Š	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			REQUESTING ASSIS		-		
	_		केये गये विनती का उद				
Sr. No. क्रम संख्या	6	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जाएँ की गई प्रतिबंदन प्रूची संलग्न					
	Aggross CE sently Cataract						
	GE Serili Coraviact						
	sturgery ye sics with prima less camp						
<	1						
_		ASSISTANCE BEING AVAILED ह	or SAME "PURPOSE"	from OT	HER SOURCE	is .	
Sr. No.	1	इस उद्दर्भ के हतू काई अन्य NAME of OTHER SOURCE	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	cand et le		ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य खोत का नाम		2000		लो गई सहायता राशो	
		VISA		×00			
					0_0		
	_						

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा योक्या 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.
- 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.
- 1) में प्रोपण करता है कि इस प्रारूप में रिपे गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मेरि कोई विकाश एवं कथन असत्य प्राया जाता है जो मेरी सहावार निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे हार जो भरायक राजि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उर्देश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में बार गया है।
- मैं पुष्टि करत हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोतानियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

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 प्रत्य पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपट में बॉफित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, जानना/या दूसरे उद्देशन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार सम्बन्ध में प्रसारत करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जा, कोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आयेरक के हम्लाधा या अंगृते का निजान

Lit-No.+

AGREEMENT by HOSPYTAL (ETHIR GRI STIR.)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm δ 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 petient/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

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, हस्ताक्षरी की ओर से पामलेरीगी को "कोशिका फाउन्देशन" से फितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो यर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वते से उकत रोगी/मामले में लेंगे वा ले तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनति उका के सन्वप में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार भुरक्षित 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 में नहीं लेगालेगी।

2 "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोवल वितिय प्रकृति की है। येगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल

कं बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कीई रक्षाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी विम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पुमिका या विम्मेदारी इस चामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आँपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जाम व बर हमताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनित्क उपयोग हेत् अधिकारी !

30-11-2024