AWR - C-25-04-0737

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : /7 APPLICATION No. : Building block of life. 04/28 20 आचेदन संख्या आचेएन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME OF APPLICANT आवेदक का नाम 62 6 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/बादम्य का नाम Armah PRESENT RESIDENCE ADDRESS अर्तमान आवासीय पता 10 90 UB1800 19-pmangash 29 100 them 321606 Postop Preop PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आयासीय पता As above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) (आप का माध्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes शिक हाँ / नहीं क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Relation with Applicant Name of Family Member Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध क्रय संख्य परिवार के सदस्यों का नाम ठम्र (वर्ष) Hushand -10 fulbhing U5 Son D. Lustum Drudhen in (two Uo a. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनति आधार Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) BPI Card Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीबे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ट अल्प आप वर्ग प्रमाण पत अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे)। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न Diganosis atin fram 120 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्य अन्य स्वोत का नाम พท้ม

DECLARATION by APPLICANT: अर्गादक 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 resection/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 थोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार करण एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य प्रया जाता है तो मेरी सहस्वता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इस जो सहायत यहि "कोशिका फाउन्देशन", से ली का स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेख, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता होतु यह प्रार्थना की गई है, इस गति का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य बोलानियोजकावीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चाँकप में श्रीता

AGREEMENT by APPLICANT (MINISTER MINISTER)

- 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताकार था अंगठे की काम लागकर, मैं (आबंदक) अपनी सामित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोउं और जो विवास इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नासी, रान, वासना/का दूसरे उप्देश्य से जुड़ी गीतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंगन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सतमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुझे स्वत: सलायता का हरूदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनेरक के हस्ताक्षर या अंगूर्त का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्टाल द्वार 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, हस्ताक्षरी को ओर से मामले/रोगी को "क्रोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की करती है, जिसे हम (हस्थतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भिष्म में वितिय सहायदा किसी मेंर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात में उक्त रोगी/मामले में लेंगे का ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से स्थितिय सहायदा किसी अन्य स्थाप में "कोशिका फाउन्डेशन" इस पहालत किसी अन्य महायदा में के अस्पताल किसी अन्य में स्थाप किसी अन्य सन्तायता सेने का अधिकार सुर्गकत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदर उक्त रोगी/मामले बेंदु किसी मैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से महायदा लेने का अधिकार सुर्गकत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदर उक्त रोगी/मामले बेंदु किसी मैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने को सारी विस्मेदारों रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या विस्मेदारों इस व्यवले में नहीं शोगी।

	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए	
Date of Surgery ऑपरेतन को तारीख । 8/4/2025	M.B.B.S. M.S. Ophshihador (1989) (Name of Dr. & RELL Old With Stamp) Regular DME/RANG 3341.	संस्तुति YOGBSH YADAV YOGBSH YADAV YOGBSH YADAV (Name, Designations stand by Authorised Signatory Or. Shall be full of toologish by नाम व पर हर्गीमेले आध्वत अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUR	NDATION आनरिक उपयोग हेतू
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तावर 2
Safaragel		lite.