		140		A		
- 1		KBH-G-RS-	-09-00:	20	(8)	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika	
APPLICATION No.: C/0925/0074			APPLICATION DATE: 16 -9-25		foundation  Building black of life.	
NAME of APPLICANT	Rafeek	Ahamad	AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: MO	nd Sqeed	61	Mali	6	
		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	s वर्तमान आवासीय प	বা		
	U NO 15		khajoon ki	nos / North		
	And Park					
		umu as Abay	ve		Pre Port	
OCCUPATION :	Unem	ployment		MARRIED (विशासित	) / UNIKARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 70,000 (Pension) (Attach Proof of I					ncome) NA	
PAN No. स्थाई खाता संह	AN IN			(आय का साक्ष्य सं	लग्न)	
क्या आप आय कर दाता i	AX ASSESSEE है (जो मान्य हो ट	(Tick whichever is applicable): 🚺 । इस पर सही का निशान लगाये।	X Yes/N 司/日	1 Acres		
Sr. No.	N:	FAI sme of Family Member	MILY DETAILS परिवा	V		
क्रम संख्या	ų	रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
(1)		Jasseen	47	femali	Daughter	
		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति	ISTANCE (Tick which	never is applicable)		
BPL Card		EWS Certificate		etico Cuad		
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे।		(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को काया प्रति संलग्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड रे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलान करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			REQUESTING ASSIST हये गये विनती का उद्हे			
Sr. No. क्रम संख्या						
	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
		RE- ofacity				
LE-WNL						
		Surger	M RE-P	K		
		- V	J			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य	SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम	the state of the s	AMOUNT of A	ASSISTANCE BEING AVAILED	
					a se annisa den	
	NIL NIL					

## DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा 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 ass 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 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 for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा

2) मेरे ह्यरा जो सहायता गृशि "कोशिका फाठनोरान", से ली जा रही है, उसका उपयोग तसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।

3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सक्तयता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आगेर्फ क्षर 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 "purposa", 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 अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नाक्षी, दान, गाचना/या दूसरे ठद्देश्य से जुडी गतिविधिमों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑधकृत है। मेरे प्रपत्र का विवस्था मेरे इलाज के पहले या बाद से करने वो लिए "कोशिका फाउगेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और मियरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से फ्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर वा अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (प्रमाताल द्वारा करतर)

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, इस्ताक्षरी की अंदर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्यता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या फिसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उपत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साचन से नहीं लेगा/लेगी।

 "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति को है। गेंगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय गेंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इत्सव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** (Name of Ox & Ragin) No with Stamp) ospital ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पेर जिस्सेताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE न्यासी इस्ताबर 2 न्यासी हस्ताक्षर ।