AWR-P-19-11-0576

#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) oundation APPLICATION DATE: 23-9-25 APPLICATION No.: C/0925/0078 Building block of life. आवेदन संख्या : आवेदन तिथी NAME OF APPLICANT : SOUDOM AGE-YEARS आप-वर्ष SEX fein आवेदक का नाम 24 female FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SOUTH पिता/कटम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Bahalla Raistham - 301030 Alwa PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Pre Post above Samı OCCUPATION : HOMU Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: 90,000 (Family Incom) (Attach Proof of Income) NA कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलान) PAN No. स्थाई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 📈 क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Yes / No U हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Relation with Applicant Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग Sakul 26 male Huspimo BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या RE- COONED SCOT ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? "-NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

अन्य स्त्रोत का नाम

MIL

ली गई सहायता ग्रशी

क्रम संख्या

## DECLARATION by APPLICANT: आयेरक द्वारा योगणा 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.
- 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 हूँ कि इस प्ररूप 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 पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहस्पता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य झोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मविष्य में लैंगा।

# 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 प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) 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 न्यासी, दान, काचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी 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 ऑधकृत है।
- 2) मैं (आयेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इस करा)

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 ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

1) यह कि न ता वर्धमान आर न हा भावध्य म जितिय सहायता किसा गर सरकारा संस्थान या किसी अन्य स्त्रांत से उक्क रोगी/मामले में लंग या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/संकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य मैं 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 फाउन्डेशन" से ली गई सक्षायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल को बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		FOR ACCEPTENCE ्लिए संस्तुति	Cherity
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23 - 9 - 25	(Name of Dr. & Regn Ha with Stamp)	pital (Name, De	esignation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSH	A FOUNDATION आन्तरिक उपयो	ग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
8	fungel	2	CLP_