APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)					Koshika	
APPLICATION No.: DIG 25 (% 8 म APPLICATION DATE : 6-25 आवेदन संख्या : DIG 25 (% 8 मिंग					Building block of life.	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	and God	sal Sharma	6/	M		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्भ का नाम	AME: Ma	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s तर्वधान आवासीय पत		PASTE PHOTO HERE	
H-100-	B- +0	Street NO-6 1	CHOR HONU	Tan 0053	PREPOS	
Mandell,	Baranku PEI	RMANENT RESIDENCE ADDRES		0037		
	- 11 a			MADDIED (France)	र) 7 UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof					ncome)	
कुल वार्षिक आय • PAN No. स्थाई खाता संद	ब्या		Yes IN			
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उस	lick whichever is applicable): १ पर सही का निशान लगाये।	हां / न	ही		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		AMILY DETAILS परिवा Age (Years) उप्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेंद्रक के साथ सम्बध	
(A)	Kamlesh		50	F	Wife	
(A)	Rakesti		40	M	Say	
$- \mathcal{O}$	Glac	len (beg	30	M	Say	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTANCE (Tick which	hever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संतान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (Attach Certificate Copy)		Ration Card Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड को स्रमा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		"PURPOSE" ( सहायता हे	or REQUESTING ASSI तु किये गये विनती का उ	STANCE: द्देश्य:		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबेदन सूची संलग्न					
क्रम संख्या	Airen					
0	LE -SENILE - Catarias					
Q	Swy	THE RE-	Phaco	PCIOL -	LA	
	. 0	ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	ED for SAME "PURPOS	E" from OTHER SOUR	ices ?	
Sr. No. क्रम संख्य	The second secon			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता रात्रों		
Of Contract of	h pc	`		2000		
	1 Wasc				(	

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 any,

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 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

मैं घोषणा करता है कि इस प्राक्षण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार आज एवं सही है। यदि औई विवरण एवं कथन असाथ पाया करता है तो मेरी सहायता निस्त्व की का सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोरिशका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में घर गया है। मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु सह प्रार्थना की गई है, इस तांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य झोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घांबच्य में लूँगा।

## 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"

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.

 इस प्रपत्र पर अपने इस्ताबर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महापति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिया फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा भाम, पता, फोटो और जो जिवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, दान, घाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम

से इसारिट करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काठडेंसन" व ऱ्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के ठब्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में

"कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेरक के हम्तासर या अंगुठे का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

(nospital) hereby shurin a 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. This was a such as a such assistance is granted by Koshika Foundation. This was a such as a suc 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 of Noshika Foundation, in part of in rule, piet the Flospital reserves it a right to make up the same patient/case from any other NGO or any other source, 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 2) The assistance from rushika companion is only interical in nature. The project of the destinative received advised conducted by the nospital 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। मदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदद उक्त रोगी/यामले हेतु किसी

2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये ठपचार/प्रक्रिया का चुनाथ रोगी एवं हस्यताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेशरी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25-6-25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर की माम व इस्ताक्षर व रवि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital

र रेस्क्यल अधिकत अधिकारी नाम व

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 यामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षर 3