APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : 0 03 27 Building block of life APPLICATION No. : असेरप मीखा : Oloa आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX THO NAME of APPLICANT: अधियक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Prasad पिता/काटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 11 9/8-Sundivana Kathumax. 32160 J preop PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Ar ghove MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: armer TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आय 56000 PAN No. THE STATE HAVE A SSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No डां/ नही क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साम सम्बन्ध उम्र (वर्ष) सिंग क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम 71 Gonti BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Any Other Ration Card (Attach Copy) BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) Basis/Proof त्रपभोषता कार्य गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आव वर्ग प्रयाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को साचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की साथा प्रति संसग्द करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या 12 mones SLERGEGEL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या NIIP

DECLARATION by APPLICANT: अग्रेगेरक 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 rejection/cancellation.
- is 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.
- 1) में फोफण करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन कसरण पाया जाता है तो मेरी सहायश निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृति के लिये किया आयेण, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतःनियोजकःबीमा कम्यमी से न तो तिया है और न ही पविष्य में स्तुरा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवदेश 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताबार या अंगाठे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोडो और तो किनरण इस प्रपत्न में थोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गाँउविधिका और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याच्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इस्ताब के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उष्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके आस्थि का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेएक के हम्ताक्षर या अंग्रुटे का निशान

215/25 @12:50PM

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाल क्रूप 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, हम्साधारी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारित की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान मा किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनित आशिकासकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायल से सहायता लेने का अधिकार मुर्गभत स्वता है। इस पूष्टि में स्वयट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका करउन्टेशन" से ली गई सहस्यता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रिक्रिया का चुनाय रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की लारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख		YOGE H YADAV
2/5/25	DT. Mame of Dr. & Regn. No. with Stamp) M.B.B. Suite. So Shir is retiffed 9984. 2.	Or Shroff's Chan behalf of Hospital
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	UNDATION अज्ञन्तरिक उपयोग हेर्नू
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताशर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2
(Sufungel	liet E