#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation 0525/0113 APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 4 05/25 **Building block of life** आनेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आय्-मर्ग SEX लिंग Morhar Pal NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम Shri Yadi FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Knwishi MAN mathura. 281404 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता carme as ah ove OCCUPATION: Farm en (MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) 60 000 1. कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। क्षां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Gender Sr. No. Age (Years) कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम टम (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध 64 Wife ubma 02 Varion m A) couldn't en in Law 31 Flashy BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Busis/Proof अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र **उपभोक्ता** कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की शापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catarant adamin 3763 ling ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या 2000 DBC

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदफ 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 assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I spiermily 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.
- 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 for which this assistance is requested.
- मैं श्रीषण अस्ता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं मही है। यदि कोई विभएण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महामता निरस्त की जा सकतो है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोफिका जाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पृष्टि कर. कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की नई है, उस ग्रिश का वाशिक पा सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रक्रिय में लैंगा।

# A.GREEMENT 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 प्रयम पर अपने इस्ताक्षर या अपने को छाप लगाकर, मैं (आयेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्यासीयों " को अधिकत करता हैं कि मेरा नाम पता, फोटो और जो मिकरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, गाणजा/या दुसरे ठदुदेस्य से मुद्री गतिर्विधयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिबहुत है। मेरे प्रपत्र का विधरण मेरे इलाज के पहले या बहर में कारने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विधरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रवित है पुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगृत का निशान

HIS ZUIM

### AGREEMENT by HOSPITAL (FESTION DO WOR)

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले.पंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से तिनिय सहायता हंतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हम्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। मह कि न तो वर्गमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से ठक्त रोगी/मामले में लेंगे वा ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्ट्रेशन" से सिफर्वीसा/विनति उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायण विनति आहिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्थाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संख्या या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

 "कोशिका फाउन्टेंशन" में शी गई सहायता केवल विविध प्रकृति को है। येगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया कु के बीच का निषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रयाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के प्रशाल सुरक्षा और गी एवं सम्पताल

कों होगी और "कोशिकर" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. SUFYAN DANISM स्वीकृती के लिए संस्तुति M.B.B.S., DOMS, DNB Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

> (Name of Dr. & Reght, No: with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

avan Distl. Name, Designation Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाग व पद इस्पताल अधिकत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञानारिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताबर 2

30-11-2024

105/25