#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखघाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: M10425/0265 Building block of life. आवेदन संख्या : आवेदन तिथी 16/07/25 AGE-YEARS जाप-वर्ष NAME of APPLICANT : SEX Tern आवेदक का नाम handrika KI-FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता to my han PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता post op same as Pore op OCCUPATION: MARRIED (Pariso) / UNMARRIED (Silvarisa) TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आप (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्याई 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। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) सिंग आवेदक के साथ सम्बंध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किनति आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ट अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की खाया 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 DIGNOCIB Chile Catana Course A SILVIGITU RIE - CICC PARME 706 Camm ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्थोत का नाम DBCS 2000

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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.
- 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.
- 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.
- 1) में चोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिवे गये सभी विवरण मेरी अपकारी के अनुसार साथ एवं सही है। चीर कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निस्तत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गाँश "कोशिका फाउन्डेशन", से शी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये विश्व आयेगा, जो इस प्रकार में मश गया है।
- 3) में पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीया कम्परी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवदक 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 प्रयत पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की क्राय लायकर, मैं (आगेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चाम, पता, फोठं और जो विवरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, मावना/या दूसरे उद्देश्य से जूडी महिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है नुझे स्थात: लहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक को प्रस्ताधर या अंगूडे का निकान



# AGREEMENT by HOSPITAL (Territor pin 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:

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, हस्ताक्षरी भी ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारित की जाती है, जिसे हम (हस्तताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भीषण में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उका ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए स्वादा विनति आशिक:सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य बानाधन से सहायता लेने का अधिकार मुर्शका रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उका ग्रेगी/सामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका काठ-देशन" से ली गई सहायता केवल बितिय प्रकृति को है। तेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इस्तीलये इस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने की सारी जिम्मेरारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या विम्मेरारी इस मामले में नहीं होगी।

7 11 11 11		COMMENDED FOR ACCEPTEN स्वीकृती के लिए संस्तृति	GE Son
Date of Surgery ऑसरेशन को तारीख	(Name of parts (M. Sith Stamp)		Dooper Topathi Administrator (Name, Designations States of Authorised Signatory Hospitalist of Hospitali Mistratory William Signatory
		SE of KOSHIKA FOUNDATION	वान्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्तावर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2
(5	funge		ert