APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभात)		Koshika	
APPLICATION No.:	M1042	510001	APPLICATION DATE:		Building block of life.	
NAME of APPLICAN	т:		AGE-YEARS	ापु−वर्ग SEX लिंग		
आवेदक का नाम	Sun	ceta Devi	9	5 7		
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्य का नाम	O MAME -		9		PERIOR DATE	
1900 419 31 411		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	s वर्तमान आवासीय पर	si	WE SHELL STATE TO THE STREET	
fazziiki	in Bady	Offen Priadesh -	80.35 02	MITTELL JOH	Preop Postop	
OCCUPATION :	Ног	ne maken		MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INC कुल वार्षिक आय	OME: 20/	000 1-	*f	(Attach Proof of In (आप का साह्य मं		
PAN No. स्थाई शाता ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / N			
क्या आप आय कर दात	त है (जो मान्य हो उ	म पर सही का निशान लगाये। FA	हाँ / न MILY DETAILS परिवा			
Sr. No. क्रम संख्या	Na Ti	ame of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender ਇਸ	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
			1.10)			
		BASIS for REQUESTING ASS	HSTANCE (Tick which	never is applicable)		
Jan 1		सहायता के लिये विनति	SHUR			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साया प्रति संतरन करें	उपभोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			REQUESTING ASSIST			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	Mago	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुक्के बुलान नित्त 900स्ट्रिंग				
1	7/10	VIO TO				
	PLE SENILY CONTOUCH					
	1		0			
	Surgery RESECT WITH PRIMA LEY OF					
,	1 0					
		ASSISTANCE BEING AVAILED to	or SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES		
Sr. No.		NAME of OTHER SOURC अन्य स्थोत का नाम 🗈	E	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	E CONTRACT	अन्य स्थात का गर्म	)BU	2000	1	
				~	Company of the control of the contro	

## 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 faise 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.
- 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) मैं पोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाय जाता है तो मेरी महायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो स्वरपता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से शी जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की चुर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस स्तायता हेतु का प्रार्थना की गई है, उस राशि का अरिशक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिषय में लूँका।

# 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 प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की खाप लताकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, जोटी और जो विवारण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कांशिका" एकम् नकती, यान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयम का विवारण मेरे इलाज के पाल्ते या बार में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यारी अधिकृत है।
- 2) में (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मंदा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाध्यकारी होगा।

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

गैर सरकारो संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूड़े का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल क्रांत 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.

हचारे अधिकृत, हम्ताक्ष्ये की ओर से प्रस्तरे-रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से चितिप सहायता हेतु सिकारिश को काती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न के वर्तपान और न ही भविष्य में वितिप सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उका रोगी-मामले में लेंगे या ले रहे हैं, कैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिफारिश/विनर्ति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हाए भरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हाए सहायत विनर्ति ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गीर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में सन्दर कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका काउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विश्य है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery अपरोक्षत को तारीख़ (Name of Dr. & Régn. No. with Stamp) आवार का नाम व हस्ताधर व रिव न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE READ RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

न्यामी इस्ताक्षर 2 प्रिक्तिपुरी