(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE : 6 - 24 fluidding black of life APPLICATION No. : आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT 53 आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता KILDING KUNJEXT. POUT-Mand etclarmingson but MARRIED (विवक्ति) / UNMARRIED (अविद्याप्ति) OCCUPATION: Labourc व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: C (आय का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आय 20000 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। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Sr. No. Name of Family Member Age (Years) आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) र्लिंग क्रम संख्या (0) BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यत्र:

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 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 बोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहापता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाउन्टेशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया नायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- में पुष्ट करता है कि विस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस स्तित का आहितक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही परिषय 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" for which assistance is being requested.

 (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 इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण वो कि सहायश के टर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुटे का निशान

514 J 974 25 7112 AGREEMENT by HOSPITAL (तस्थलल द्वारा 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेरान" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" 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 स्पन्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका करउन्डेशन" से ली गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनान रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार कर कोई दबाध नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धृमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Social Trings in **Date of Surgery** SABHERWAL NARABATIECO DR SHAMO ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) 6-6-29 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर इस्पताल अधिकार अधिकारी डब्स्र को मान व शतकार व राज्य छ। २ आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यासी हस्ताक्षर 1