mom - E-23-04-160R APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Coshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थाय देखमाल) foundation APPLICATION No. 7 APPLICATION DATE : Building block of life 0423/0012 आवेदन संख्या : AGE-YEARS माय-वर्ष SEX लिंग Parang NAME of APPLICANT : आवेएक का गाम Ranjeed FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Singh पिता/कटम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्रांपान आवासीय पता MILLON ebout " Situbun, Rehan 1++07 Priadesh PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाउ आवासीय पता Same above 14 OCCUPATION: Home Maken MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000 (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. FULL BUILD HIGH ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable]: क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवारण Sr. No. Name of Family Member Gender Age (Years) Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card **EWS Certificate** Ration Cord (Attich Copy) Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संशान करे। (प्रमाण पत्र की तांचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की बापा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की वई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Diaghasin Phile Contamact Catanact LE SICS with Prana leas ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सुहायता राशी DBCS 7000

DECLARATION by APPLICANT: आगेरण द्वारा प्रांतपा पत:

- 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 solerintly 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 घोषणा करता है कि इस जरून ने दिये गये सभी विकरण मेरी जलकारी के अनुसार साथ एवं साठी है। घोर कोई विवरण एवं कचन असाय चाया जाता है से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सकायक सांत "कोशिका फाउन्डेशन", से तरी जा तडी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की चूर्त के लिये किया वार्यगा, जो इस प्रकथ में घरा यथा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्राचेंत को नई है, उस राशि का ऑलिक या सकत दिस्सा किसी अन्य सोत/नियोजका/बीमा कम्मणी में न तो लिया है और न ही पविष्य में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHE'S THE WORL)

- 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 fulfillment 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 इपन पर अपने इस्ताबर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सात्मीत की पुष्टि करता हूँ एवं "कंतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, एक, फाउंड और जो निवरण इस प्रपत में घोष्णा है, उसे "कंतिका" एवम् न्यासे, दन, पापना/या दूसरे उप्तरंग से जुड़ी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (अवदेश्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि स्तापता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का इकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का रिणीय अतिम और वाध्यकारी होन्छ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचेरक के प्रस्ताक्षर या अंगुरों का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPRIN IN WIT)

By affoling 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.

हम्में अधिकृत, हस्तकारी की जोर से सामाने/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से विशिष सहस्था हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्स्थात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तमान और न ही पविष्य में विशिष सहस्या किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उसन रोगी/प्रामाने में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफागिश/विगति उस्त के सम्बाध में "कोशिका फाउन्देशन" इस महस्य प्रात्त के सम्बाध में "कोशिका फाउन्देशन" इस महस्य फाउन्देशन" इस सहस्यात विश्व आधिकार सक्त से मन्त्र माने किसी आन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्दान के सहस्यात होती प्रवार उस्त रोगी/पामाने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाध से नेता लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक्त फेक्स विक्रिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह चा किये गये उपचार/प्रक्रिया का बुनाव रोगी एवं इस्पताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आये जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या विक्येदारी इस मामाने में नहीं डोगी।

Date of Surgery आंपरेशन को महीख मिन्स मिन