(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life. APPLICATION DATE : N 0524 0013 APPLICATION No.: 16-05-2027 आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS SITE-TO SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कट्म्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Huyad nag an Musicia na LOUGH buop Flore LIP. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता HUHOIC heloids H u Hord not get N COMON Macik 119.907 charibac MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: Home ma व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आय का सास्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हाँ / नहीं क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) परिवार के सदस्यों का नाम कम संख्या Son Q3 MHAN d () aw 20 Huskan 9 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) Any Other **EWS Certificate** BPL Card Basis/Proof (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई सास्य अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का ठर्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cathylac Diaghakis Senio SWHOLL 9 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रांत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रीत का नाम क्रम संख्या NH

DECLARATION by APPLICANT: SHEETE EN LIVE WE

- 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 चोबणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कमन असत्य पाया बाता है से मेरी प्रहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि वे लिये किया जायेगा, जो इस प्रकर में पश गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहापता हेतु यह प्रार्थना की गाँ है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोनक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भीवया में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनेदक द्वार 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 हस्ताकर चा अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेग्र नाम, पता, फोटों और जो विवरण इस प्रयत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, दान, चावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" च न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हरूदार नहीं बनाता। इस संस्वंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अव्येदक हो प्रशासन जा अंगूष्ठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पाल 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, हस्ताक्षरों को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्थोकार करते हैं।
1) यह कि न तो यर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगो/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थाय कहा जाता है कि अस्यताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/फामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किवे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ग्रेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इलाज मुख्या और आने चाने की सारी जिम्मेदारी ग्रेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMM RECOMM	IENDED FOR ACCEP ती के लिए संस्तुरि	TENCE	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6-5-24	M.B.B.S., D.O. MR. Reg. No74859 (Name of Or. & Regn. No. with Stample (DEPT AT AREA AGOME, 3 JANAGI Nagar		Dilayer Rawat Administrator (Name, Designation & Starop of Authorised Signatory IDST Cullengeon behalf of Hospital) नाम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी	
	FOR INTERNAL USE of M	OSHIKA FOUNDATI	ON आन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताबर 2	
8	fugel		lile	