APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE : 06 APPLICATION No.: Building block of life. 04/23 0423 0028 आयेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आप-वर्ष SEX Min NAME of APPLICANT : mvati Devi आवेदक का नाम ,59 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Kan hai ya पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता DATIAM Usnam, JIAM. Ulwam PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE SHEIRLY VIII Same as above OCCUPATION: Home Maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) रवयसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 36501-1Fam कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्याई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। क्षां / मही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध Pinah 64 Husbann Suresh 11 1 th my 1 REMOVE Sh 30 tenin Law BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के मौचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उददेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catanact Catariact ICS FPMMH LUTTO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

DECLARATION by APPLICANT: आयंग्स पास गोपणा पत्र:

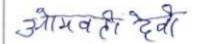
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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, svall of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं भोषणा करता है कि इस प्रकल में दिएं एवं सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुकार सत्य एवं सभी है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्तर्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- भेरे द्वारा को सतायता राशि "कांशिका फाउन्टेशन", से शी जा रही है, उसका उपयोग प्रसी उर्दश्न की पृति को लिये किया कार्यमा, को इस प्रारूप में भग गया है।
- 3) मैं चुच्च करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थण की वर्ष है, उस शींस का आशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोत/मधीवक/भीया कम्पनी से न क्षे लिख **है और न ही परिच्य में मुँगा**।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेरक प्राय करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby sgree & 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.
- इस प्रथम पर अपने इस्ताधर या अंगठे को आप सताकर, में (आवेदका) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्याडेशन और कसके न्यासीमों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाव, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में धोषित है, उसे "कोशिका" एवम् मासी, पान, धायग्रध्या बूसरे इन्ट्रेस्य से जुडो गतिविधिमों ओर उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का दिवरण मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "फोशिका फाउडेंसन" व न्यसी अधिकृत है।
- मैं (आवेदफ) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पहा, पहांद्र और विवास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुहे स्थत: सहायता का हफदार नही बनाता। इस सम्बंध में "सोतिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताधर या अंगुड़े का निरात



AGREEMENT by HOSPITAL (\$19000 gru 400)

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, हस्तावरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फायन्डेशन" से विकित सहावता हेतु सिफारीश की जाती है, निसे हम (इस्साल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

 मह कि म सो वर्तमान और न ही माँचम्य में किउँच महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य काँत से उनत रोगी/मायले में लेंचे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाइन्डेशन" से सिफारिक/बिनटि दक्त के सन्वध में "कोशिका फाउन्टेकर" द्वारा भदर हैतु कि ही। वदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायदा बिनटि ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है से अस्पताल विसती अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समतपन से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में रुपन्ट बढा चाता है कि अस्पताल द्वितीय मरूर कका रोगी/मामले हेतु विसती गैर सरकारी संस्था था किसी जन्य साधन से नही संगा/संगी।

"कोशिका फाउन्डेशन" से स्ते मर्ग स्वापक फेलल विकित प्रकृति की है। येथी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाइ या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव येथी एवं इक्र

के बीच का विषय हैं और "कोशिका काउन्हेरान" हारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं हैं। इसलिये हस्पताल में ग्रेगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी की होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। Administrator RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE लिए संस्तृति Date of Surgery (Name, Designation & Stamp of Authorising Signatory Reame of Dr. & Ream, No with Stamp) Date कर का नाम व स्थिति व रिज न on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक दययोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी प्रस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2