DEL-C-29-06-7460

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखधाल) foundation APPLICATION No. APPLICATION DATE : आवेदन संख्या : Building block of life. आवेदन तिथी NAME of APPLICANT AGE-YEARS अप-वर्ष SEX frin आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय पता NGO- Fatro-howo PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: व्यवसाय MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (केविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कल वार्थिक आग (आय का साक्ष्य संलग्न) 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 Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender 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 (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Card Copy) Any Other (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र Basis/Proof अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेशक प्राप्त प्रोपणा पत्र:

- 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 an 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.
- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं छड़ी है। यदि कोई क्षिवरण एवं कथन असत्य गाया नाता है तो मेरी सहायता निस्स्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार वो सहायता राशि "कॉरिशका फाउन्टोशन", से की जा रही हैं, उसका उपयोग उसी वरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि दिस सहायता हुँद पर प्रार्थना की गई है, उस पति का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेलानियोजक/बीम कम्पनी से न तो लिया है और न ही पांचिय में लीग।

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.
- () इस प्रपत पर अपने बन्ताकार या अंगर्ट की काप लगाकर, मैं (आर्वदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्वांशिका कार्टडेशन और उसके न्यसीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोर्टा और जो विवरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "क्वंशिका" एवम् न्यामी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या खाद में करने के लिए "क्वंशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- मै (आवेदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आर्थेदक के इस्ताधर या अंगर्ड का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPHIRE SHI WOLL)

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 अधिकुठ, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बतंमान और न हो पविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/पामले में लंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्यूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका या जिम्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. SHAL Dr. Julie Tel Consultant Sai ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्स का राम व हस्ताक्षर व रवि. र. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी 🕏 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2