APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No. APPLICATION DATE: Building black of life. आवेदन संख्या : आवंदन तिथी AGE-YEARS आय्-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कट्म्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता NGO - Fatchpur POST PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्य 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 विवारण 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 Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अरुप आय वर्ग प्रमाण पत्र ठपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सतायता हेत् 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 हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी

000

DECLARATION by APPLICANT: अखंदक द्वारा पोपणा पत्र:

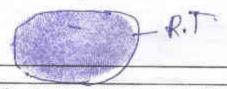
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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 भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे इस वो महायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया व्ययेगा, जो इस प्ररूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता होतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का अवेशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रीक्ष/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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 प्रपत पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति को पुल्टि 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, याक्षकर्या दूसरे ठर्देश्य से नुद्धी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रश्लार माध्यम से प्रमारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आर्थिदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्वता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके नामियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के अस्ताक्षर या अंगुठे का निहरान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की काती है, जिसे हम (हस्पताल) निन्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो प्रतीमन और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उसत ग्रेगो/प्यामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होंशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंशन" द्वारा सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में किया प्रताल किसी अन्य से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल हारा दी गई सलाह वा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" हारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

1-724

Dr. Julie Pegu (1994). 1 Consultant Glaucood (1994). 1 Regd. No. 31318

(Name of Str. & Regn. No. with Stamp) ।।।। डाक्टर का नाम का करताक्षर के राज जनते , (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

Par नाम व पद हम्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2

आन्तरिक उपयोग हेत्

fungel lit