(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION DATE: 12-01-2023 Building block of life. APPLICATION No. : आवेदन तिथी अवेदन संख्या : 10123/00.59 AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 14 Payooshottam Ram FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE Chak harati, Chak Harat PHEOP POSTOP Sahayanpuy, 247002 PUHOOShottam Rom PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 00591 came above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आव (आय का साध्य संलग्न) MA PAN No. स्थाई खावा 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। डां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध Payma 70 Oh 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 ठपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अवय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की स्त्रया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न क्रम संख्या Catanget Sprill Senier Catariact SICS WITH PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा 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 assist.
- 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 as
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of relimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। वदि कोई विवरण एवं रूथन असत्य पाक जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकत. 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जानेगा, जो इस प्रकप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस शांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

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 fulfillment of the "purpose"
- 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" वृवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले था कर मे करने के लिए "कॉशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, एता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उन्देश्यों से फ्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होंगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान

P-self

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वार 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/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिपाईरेश की जाती है, जिसे हम (इस्प्ताल) निग्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे का ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेंशन" से सिफारिश/विनति तक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति अमेशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से संहामक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पाट कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद तका ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी जन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहापता केवल विविध प्रकृति की है। ग्रेगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुन्द्रव ग्रेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाव नहीं है। इसितवें हरफारल में रोगी के इलाव सुरखा और आने जाने की सारी जिल्लेबारी रोगी एवं हरफारल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख VIVEK RANA Dr. PRAVEEN SEN SHAHI DMC - 97415 Administrator \
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम च पर हस्साल अधिकार अधिकारी (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग होत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 1 न्यासी हस्तासर 2