#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) oundation APPLICATION DATE: 13/04/23 APPLICATION No. : 0423 0085 Building block of life. आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : attu अखेदक का नाम 56 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिटा/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Bardwari Craen nagla chami, Kneop THE HOTEL OF ACYALS PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : THE STITETED VIII Same as above OCCUPATION: abour MARRIED (निवाहित) / JUNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) S60001 कुल वार्षिक आय (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 / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग 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 नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रयाण पत्र की छत्या प्रति संसन्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसन्न करे। (प्रमाण पत्र की काबा प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न क्रम संख्या atamany Catarant OFT ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या DRCS

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोनपा 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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप ने दिये गये रूपी विवरण मेरे जानवारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहाया। यांत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका कपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं चिन्न करता हैं कि बिस सहायता है। यह प्रार्थन की गई है, उस रिश का आशिक या सकत किसी क्षम खेळिनियोजक/बीमा कम्मनी से न हो लिया है और न ही पविष्य में भूँका

# AGREEMENT by APPLICANT (अतमेदक 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) (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 प्रथव पर अपने इस्ताधर या अंगडे की छाप शाणकर, में (आयेएक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम. पता, फोटो और जो विवरण इस प्रतर में घोषित है, उसे "कोशिका" एवर् प्यासी, गुन, याचकाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गाँविविधियों और उपलब्धियों से लिये किसी भी प्रसार साध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (कावेदक) इस बता से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहापता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का इकटार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोंडिका" एवम् उसके प्यासियों का निर्मय अतिम और बाग्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर या अंतृते का निरान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (EFFICIE DID WIN)

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 & X's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

in the matter. हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्येशन" से निशिष सहापता हेतु शिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- वह कि न से वर्तन और न ही प्रतिष्य में निवित्य सहायदा किसी पैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्थोत हो उसत रोगी/व्ययले में सेंगे वा से खे है, वैसे कि हमने "कॉलिका फानलेकन" से सिफारिक्टविपति उक्त में सम्मप में "कोशिका फाउन्येशन" द्वारा परद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्येशन" द्वारा सहायता विनर्ति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था चा किसी अन्य सन्धापन से सहापता शेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संख्या था किसी अन्य साधन से नही होना/होनी।
- 2. "कोशिक: फाइन्टेशन" से को पर्न सहायता केवल विशिव प्रकृति की है। रोगी पर हरवतात द्वारा ये पर्न सलाह या क्रिये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव सेनी के बाँच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के शलाव सुरक्षा और आने वाने वह सुरक्ष **पेंद्र है भा**ताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेरारी इस मानले में नहीं होगी।

#### Administrator RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थोकती के लिए संस्तति Date of Surgery ऑपरेशन की टाएंख DMC - 48540 (Name, Designation & Stain Time (Name of Dio Royn, No: with Stamp) on behalf of Hospital) माम व पद हरपताल अधिकृत अधिकारी हाक्टर का नाम व शरतावर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक ठपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 -पासी इस्ताशर 1 म्यासी हस्ताक्षर 2