APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वस्थय देखमात)					Koshika
APPLICATION No. :	1/0525/0086	APPL	CATION DATE:	125	Building block of life.
NAME of APPLICANT:	110000		AGE-YEARS and and		
आवेदक का नाम	Japan Begar		65	4	
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम	Babook	han			Mari direction
than Mal	Pasadalisa	POST Sellin	Prodes		Presp Possep
DCCUPATION :	Home maken		le le	ARRIED (Palika)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आग	35/000			strach Proof of in आय का साक्ष्य सं	
PAN No. स्थाई खाता संस्थ ARE YOU AN INCOME TA स्वा आप आय कर दाता है	i IX ASSESSEE (Tick whichever is applica (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगा	ible): ये।	Yes / No हाँ / मही		
Sr. No.	Name of Family Member		DETAILS परिवार विवरण ge (Years)	Gender I	Relation with Applicant
क्रम संभूष	परिवार के सदस्यों का नाम	2	उम्र (वर्ष)	Refr	आवेदक के साथ सम्बध
		Nº (t)	,		
		JUL			
				-	
		STING ASSISTAN लये विनति आधार	ICE (Tick whichever is	applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।		Copy)	Ration Card (Attach Copy) उपभोनता कार्ड (प्रमाण एवं की सांग प्रति संसम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
			ESTING ASSISTANCE:		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन क्षेत्री संलग्न				
CANAL PARTIES	Stagnosts HE Sently colonge				
	4		yt seni	Q.	Catavact
	1				
	ginging HE	2101	WITH	pure t	en comp
	7				
	ASSISTANCE BEING A इस उद्देश्य के हेत्	WAILED for SAN	ME "PURPOSE" from O ता किसी अन्य स्वांत से	THER SOURCES लिया गया हो?	
Sr. No. क्रम संयमा	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का गाम				ASSISTANCE BEING AVAILED शो गई सहायता राशी
	DI3C	Ve	200		

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोक्सा 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) में फोपमा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सान एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाथ प्रथा जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सतायता राशि "कोशिका फराज्येशन", से ली का रही है, उसका उपकोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिषय 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 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 sofely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्य घर अपने इस्ताकर या अंगते की काप लागकर, मैं (आकंदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पति और जो विकाश इस प्रयत्न में बोकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विवाश मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (जार्थरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, जता, कोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार वहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुर्ट का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (THINE DI WIT)

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 ऑफक्ट, हस्ताक्षरी की ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्सेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तपान और न हो परिच्या में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्थोत से उत्तर रोगी/पापले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेंगन" यो प्रिकारिकारिका करता में "कोशिका फाउन्डेंग्स" हमा पहले हैंह कि है। सह "क्षित्रका फाउन्डेंग्स" हमा प्रशासन हिन्दी अधिका साम है है से सम्बन्धान
- में सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदद हेंदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेंदू सन्तुर नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य गेर सरकारी संस्था या किसी अन्य अन्याधन से महायता लेने का अधिकार मुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेंदू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्टेशन" में ली र्च्ड सहायता केवान वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा से गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विचय है और "कोशिका फाडन्वेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रमाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) ऑपरेशन की सारीख -05 (Name of Dr. & Regn. ) डाक्टर का नाम च इस्तीर 051 नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी र व रजि. न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हम्ताक्षर । न्यासी हस्तक्षर 2