APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE: 01 05 25 APPLICATION No. : Building block of life आयेदन तिथी आवंदन संख्या : AGE-YEARS आय्-वर्ष SEX feiti NAME of APPLICANT : Nemvadi Devi आवेदक का नाम 46 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Show chand पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Dratalli Sanva Poreop Post UP Aliganh 202123 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई आवासीय पता above came as OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home maker व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (आय का सास्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) उम्र (वर्ष) Relation with Applicant Gender Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध लिंग परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या Husband 42 m Lekhoras . can m 2 6 2. 20mmy BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Any Other Basis/Proof Ration Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** (Attach Copy) (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनतो का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catoriary at anac + PMMH ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत 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 2000/ DBCS

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 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 हैं कि इस प्रारूप में दिये गर्थ सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसा। सत्य एवं मही है। मिर कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जल्ता है तो मेरी सहायदा निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सत्तायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली आ शों है, उसका स्पर्याग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया बाग्रेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राजि का मोशिक या सकल शिस्सा किसी अन्य स्रोट/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिखा है और न शो भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पका, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, ठररे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनप्रया दूसरे उद्देश्य से जुडो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथत का विवस्ण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व नवसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेशक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहायदा के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवध् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल कृत 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 enother 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, हस्ताक्षरी को ओर से मामले/येगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु क्षिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) या कि न तो यतंपान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिल्डा फाठन्डेशन" में सिपारिश/बिनति उत्तर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य सन्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य भाषन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गरे उपचार/प्रक्रिया का चुना के बीच का विषय है और "कोशिका फाठ-वेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखाय नहीं है। इसलिये हम्मताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने की होगी और "कोहिका" की कोई भूमिका या किम्मेदारी इस मायले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Adl. netrator स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery (Name of Dr. & Regs. No. with Stamp) Mame, Designation Stampe Aur on behalf of Mospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।