APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 19-01-2023 Building block of life APPLICATION No. : आवेदन संख्या : आवेदन तिथी C/0122/010 AGE-YEARS आयू-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अनवासीय पता पिता/कटुम्प का नाम PASTE PHOTO HERE Thayall Saharannuy PHEOP POSTOP MUNN' Devilo101) PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as ahous OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 42,000 कल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) MA 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) Gender Relation with Applicant उम्र (वर्ष) क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) संडायता के लिये विनति आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपयोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रनाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की इत्या प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या Eseudophacic Total serile catarias ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् 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 क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

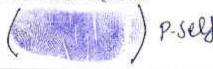
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, flable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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.
- 1) मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्राया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे हारा जो सतायता राशि "कांशिका फाउन्तेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की यह है, उस राशि का आंशिक या सकत किस्सा विक्री अन्य म्रोतानियोजकाबीया कामनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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 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 इस्ताधर या अंगठे की छाप ख्याकर, में (आथेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में फोपित है, उसे "कोशिका" एतम् न्यासी, दान, यावनात्या दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलिक्तों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहभत हैं कि मेरा चान, पता, फोटो और विवरण थो. कि साग्रयता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑस वास्यकारी शोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताव्हर या अंगुढ़े का निशान



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 in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्तावरों की ओर से मामले/रोगी को "कांशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्स्ताल) निग्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्धमान और न ही भविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य खोत से डवत रोगी/सामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उत्तत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा भद्द हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया खाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पन्ट कहा खाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/सामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोमल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी प्रवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिन्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका जा विन्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED स्वीकृती के		
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख 19-01-2023	Dr. Sandeep Childiyal DMC-33529 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दावटर का नाम व बस्ताक्षर व र्याच, न.	Dr Shroff's Charleton & Stamp of Mane Designation & Stamp of Mane Of Hold (Man Win behalf of Hold (Man Water) Report of the Man Water)	Authorised Signatory pital) अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तावर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
E	Safangal	lit	•