APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE: 17-04/23 APPLICATION No. : Building block of life. आवेदन संख्या : आवेदन विधी AGE-YEARS आय-वर्ष SEX firm NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 45 handan singh FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कट्म्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Mayholi, That Mathwa, U.P. 281502 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as ahave OCCUPATION: about MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ख्यमगाव TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 600001-कुल वार्षिक आय (आय का साक्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित 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 अल्प अव्य वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की क्राया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उददेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्य अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Catanac-Catarant Cuna en ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य को हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायवा राशी क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम DACC V Gam

DECLARATION by APPLICANT: आवेश्य द्वारा गोवाचा 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) मैं घोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये राभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण वर्ष कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्था निस्ता की जा सकती है।
- मेरे ह्रात जो सहाया। प्रति "कोशिका फाइन्टेशन", से ली जा ली है, उसका उपयोग उसी उर्देश्य औ पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में भग गया है।
- मैं पुष्टि बारत हैं कि जिस महापण हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकत किसी अन्य ब्रोट/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दाय 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 प्रथम पर अपने इस्ताधर या जंगते की छाप सामान, में (अपनेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परार्थदेशन और उसके न्यासीमों " को आधिमृत करता हूँ कि मेरा काम, पता, कोटो और को विवास हम प्रथम में सोपित है, उसे "कोशिका" एकर् म्यासी, रान, यावनप्रया नूसरे अन्तर्य से जुड़ी गतिविधियों और उपसम्बिमों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरफ) इस बात से सहमात हूँ कि मेरा माम, पता, परेटो और विवरण जो कि सहायता के ठर्दरणों से प्रार्थित है मुझे स्वा: सहावता का हकदार नहीं बनादा। इस सम्बंध में "बोलिका" एवम् उसको न्यानियों का निर्णय जीतम और व्यापकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तावार या <u>अंगुर्ह का</u> निशान 2/32/

AGREEMENT by HOSPITAL (\$4900 pt 401)

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 आंध्यक्त, हस्ताक्षरों की और से मानलेखोंगे को "काँराका काठकोशन" से थिविय स्टापता हेतु सिकारिश की आती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो मर्तवार और न ही भविष्य स्थापता किसी गैर सरकारी कोखार या किसी अन्य स्थीत से उत्तर सेगी/मानले में लेंगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिकारिश/विनीट उत्तर से सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" प्रार परद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सदायता विनीत आशिक/स्थलता हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथा से सेनावार केता किया की का अधिकार मुर्तिश्व रखता है। इस पृष्टि में सम्बर बढ़ा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्टर करत रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथान से लेगी होगा लेगी।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहापण घोषल विशिय प्रकृति को है। येगी पर हरपताल द्वारा पी गई सलाह मा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव सेंगी एवं स्टूजान के बोच कर विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरपताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने जो स्टूजिन-वर्षी की हैं इसलिये हरपताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने जो स्टूजिन-वर्षी की हैं इसलिये हरपताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने जो स्टूजिन-वर्षी की होगी।

को होगो और "कोशिका" को कोई जूनका या किन्मेपारी इस मानते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
हर्योकानी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन को लिए संस्तुति

MBBS, MS
MS
MBBS, MS
(Name, Designation & Stanof Authorise Signatory on behalf of Hospital)
विभिन्न का मान व इस्तावार व र्राव. म.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक अपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताधर 1 Suferryl Lie 1