Mon C-24-05-0676 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखघाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE Building block of life. 0529 110 आवंदन संख्या : आवेदन शिथी 0 ने 05 24 AGE-YEARS MIT-TH SEX FM NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम m FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARD SHICKNIN DRA पिता/कटम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS व्रतयान आवासीय पता NCZY 05 #476 101 Dahangah he. 94 919018 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधासीय पेता apole OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाला 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 हिशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिकर विकरण Relation with Applicant Name of Family Member Gender Age (Years) Sr. No. 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 विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Copy) ्उपमोक्ता कार्ड अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की उस्या प्रति मंतरन करे। गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण यत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र को छाथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की ग्रापा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई/प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्या TOTHONS (m) Nhame Phs WHO SU ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्बेश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी बन्य स्वांत का नाम क्रम संख्या 19190

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.
- liable for rejectionican cellation.

 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी जिवहण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पामा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहामता राशि "कोतिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गाँश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतः/नियोजकः बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भाषित्र में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अत्वेदक 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आनंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दल, याचना/क दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के दिखे किसी भी प्रभार माध्येम से प्रभारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उर्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "फोशिका" प्रथम उसके न्यासियों का निर्णय अरिक बायकसदी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगुठे का निशान

· LToff

AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमवाल द्वारा 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, इस्तामधी की ओर से मायलेरोंगों को "कोशिका फाउन्सेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से यान्य व स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस महत्यता विनित ओशिकासकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साथन से सहस्थता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस भूष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मण्ड उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" में ली गई सहाच्या केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या किस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery आपरेशन भी तारीख (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाकटर का नाम ने हस्ताबर य गीज र FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्ताबर 1 जिस्सी इस्ताबर 2