VRN-C-23-04-0927

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभात)							Koshika	
APPLICATION No.: V/0423   0114			APP आवे	APPLICATION DATE :   आवेदन तिथी		104/23	Building block of life	
NAME OF APPLICANT : Bul Ram				AGE-YEARS ST		SEX लिंग		
				69		M	M M	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/फटुम्प का नाम	NAME: RA	mdhan						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवस्तीय पता							PASTE PHUTO HERE	
							Pereop Postop	
Dist- Bharathur, Rayantham, 321203								
		same as a	bor	16				
occupation: Farmet MARRIED (विवास							N) / UNMARRIED (अधिकारिक)	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Pro						ttach Proof of आय का साह्य	Income)	
PAN No. स्थाई खाता संस		0001			- (	आय का साइय	Herry N.A.	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE ( है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes/No हां/ नह				
44 011 014 01 001			FAMIL	DETAILS परिवार				
Sr. No. क्रम संख्या	Na VE	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
(-	-		-					
	-		+					
	1		$\vdash$					
			#					
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSIST	ANCE (Tick which	over la	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आव वर्ग प्रपाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसम्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपग्वेक्ता कार्ड (प्रचण पर की झपा प्रति संत		(Py) सर्वे	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
				UESTING ASSIST गर्ये विनती का उद्दे				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से वारी की गई प्रतिबंदन सुवी संलग्न								
RE - Catarart								
	1							
LE- Catarant								
Swigery - (LE) STCS +							CS + PMMA	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई उ	) for S. स्य सा	AME "PURPOSE" गपात किसी अन्य स	from O बोत से	THER SOURCE लिया गया हो?	ES	
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE					of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	
क्रम संख्या	DBC	DBCS			2	000/_	- 4 4646 400	
						- 1		
				-				

## DECLARATION by APPLICANT: अतमेरक द्वारा प्रमण्या 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 δ 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 है कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार मान्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त्य की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहस्या राशि "बांशिका फाउन्देशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि काला है कि जिस सहायता हेतु यह आर्थना की गई है, उस ग्रांति का आशिक या सकल किसा किसी अन्य झोड़ानियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भाषिम्य 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 fulfirment 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 इस्तावर या अंगते की साप लगाकर, मैं (अवनेषक) अपनी सहम्रति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसको न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पाने, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, बाचना/बा दूसरे उद्देश्य से बुढी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसातित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "बोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अववेदक) इस बात में सहमत हैं कि मेरा नाम, एता, फोटो और विकाण को कि सताबता को डर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्प् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

व्यवेशक के इस्ताक्षर के अनुत का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL (\$4400H (\$100)

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 assistance from Society of the Ireatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्ताधारी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से मितिय सहायका हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो यहाँगन और न हो भविष्य में नितिय सहायका किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लोगे या ले रहे है, प्रैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा महाय किसी अन्य मं "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति औशिकासकल हेतु सन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य संभाषन से सहायता शेने का अधिकार सुरक्षित सखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधान से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका चाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विदिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोग<u>ी एवं सम्पन्त</u>ल

के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्केशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोनी के इलाज सुरक्षा और आने जाने किसीहर होते एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

PR SIMPAT CHAIND!

Date of Surgery
ऑपरेशन की वारीख

DMC - 48540

(Name of Dr. & Regni Mal With Stamp)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
्यासी हस्ताकर 1

प्रिक्तिस्त्र