DEL-E24-08-4409

#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE APPLICATION No. : Building block of life आवेदन संख्या : आवंदम तिथी AGE-YEARS STIT- HT SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का माम 🕡 shill-nanne PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय पत्र Krahno Wander 110053 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: Consider MARRIED (चिवारित) / UNMARRIED (अविवारित) TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय -(आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No अप आप कर दाता है (जो मान्य हो टस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विकाश 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 विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अल्प आप को प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम

#### DECLARATION by APPLICANT: आयेरण क्रा पोपण 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिने गर्न सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार मध्य एवं सती है। यदि अर्थ विवरण एवं कथन असस्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्थापना सशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जो खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्ररूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक था सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (आगेरक 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 प्रयत्त पर अपने हल्लाकर या अंपटे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और ओ निवरण इस प्रपत्त में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिय अधिकृत है। मेरे प्रपत्त करने के लिये अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, फार, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्तत: सहायता का हकदार नती बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR, LEFT THUMB IMPRESSION:

आसंदर्भ में प्रसाधार या प्रोप्त का निशास

# AGREEMENT by HOSPITAL ( FRAME gat WELL)

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 hazed on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

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, इस्ताहरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता लेने को अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पन्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका पाउन्हेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यकल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल

कं बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दकाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उनने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगो और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख Warrie, Designation & Stamp of Authorised Signatory 24-8-29 (Name of On & Regn. No. with Stamp) Darya Gani, on behalf of Hospital). डाक्टर का नाम च इस्ताक्ष व एक ता Tel. 43578 क्या ब्लावल अधिक आक्रिके FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2