(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE: 18/04/27 0423/0124 Building block of life APPLICATION No. : आवेदन तिधी आधेदन संख्या : AGE-YEARS आप-वर्ष SEX THIT Ramder Bhagat NAME of APPLICANT : आवेरक का नाम Badar Bhagat FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिला/कट्टम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता trong partaceur, Mehri Bithan, 84 5426 West East champaran, PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवनासीय पता as above Same OCCUPATION: MARRIED (Flatfish) / UNMARRIED (अविवाहित) Sand व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME A (Stay in temple) (आय का सास्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. TRUS BERT HIGH ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No हां / नहीं क्या जाप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Name of Family Member Relation with Applicant Age (Years) Gender Sr. No. उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग परिवार के सदस्यों का नाम ऋग संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof वपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र को आया प्रति संतरभ करे। (प्रमाण पत्र की साम्य प्रति मंतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catariact Codanact ICS + PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत में लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायका राशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या 1) 13 C C 2000/

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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 & engoing 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.
- 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) में योगणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी व्यवकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असाथ पाया व्याता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इन्य जो सहायल वांश "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक का सकल हिस्सा किसी अन्य स्नोद/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 प्रपत्न पर अपने हस्ताशर या अंगठे की स्थप लागकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा गम, प्रांत, फोटो और ओ विवरण इस प्रपत्न में योधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विचरण जो कि सहस्यता के उर्देश्यों से प्राचित है पुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिया" एक्स उसके मातियों का निर्णय अतिम और बाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवनेदक के हस्ताधर या अंपूठे का निशान



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:

I) 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

हमारे अधिकृत, इस्ताम्पी की ओर से मामले/ग्रेमी को "कांशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो महंमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कांशिका फाउन्डेशन"

में सिकारिश/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित आशिकात्मकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य प्रमाणन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका काउन्हेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पूर्व हस्पताल के बोच का विवय है और "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अने जाने प्रकृतिकी विस्मारण देखें का

को होगी और "कोशिका" को कोई परिका या किम्येदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑप्टेंगन की तारीक DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS DMC - 48540

(Name of Dr. & Regn. No. (with Stamp) --डायटर की नाम व इस्तावर व विज. न. (Name, Designation a Strong of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

Administrator

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

0:18