| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखमाल) | | | | | | Koshika foundation |
|---|--|---|--|--|----------------------------------|---|
| APPLICATION No. : आगोरन संख्या : | MIDE | 24/01 | 33 AP | PLICATION DATE: | 129- | Building block of life. |
| NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम | Ray | 1. 1 | , | AGE-YEARS SITE | | Ala |
| FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्भ का नाम | | m khi | lowan | | | THE DAYLORD AND PRINCE |
| Kooraile | Peurs | PRESENT RES | Che.9U | क्रमान आवासीय पता चित्र SENDA. | | Pasterne Mone 21.05 43 4 |
| | PE | MANENT RES | DENCE ADDRESS : | , 262 No) स्याई आवासीय पता | 4 | 18071 |
| | | Som | as ab | ore | | |
| OCCUPATION: Homeme | | | er | | MARRIED (FORIE | र्ग) / UNMARRIED (अविवाहित) |
| rotal annual incom मुल वार्षिक आप | 26 | 000 | - family | | (Attach Proof of | Income) संलग्न) |
| PAN No. स्माई खाटा संख ARE YOU AN INCOME T स्या आप आप कर दाता है | AX ASSESSEE (| Tick whichever i | s applicable): गान स्थाये। | Yes / No डॉ / नडी | | |
| 30,1343,350,366,1 | | | FAMIL | LY DETAILS परिवार | विवरण | |
| Sr. No. कम संख्या | Na: परि | ne of Family M e वार के सदस्यों क | mber । नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender सिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध |
| | | y sing | | 18 | Yh_ | Soh |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | REQUESTING ASSIS | | ver is applicable) | |
| | | THE | ायता के लिये विनति अ | | | |
| (Attach Card Copy) (Attach गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल | | (Attach C | S Certificate Certificate Copy) शय वर्ग प्रमाण पत्र ती छाया प्रति संलय्न करे। | Ration Card (Affach Copy) उपभोक्ता कार्ड हरे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करे। | | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य |
| | | | "PURPOSE" for RE | QUESTING ASSISTA | NCE: FG: | |
| Sr. No. | Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | | |
| क्रम संख्या | Diana de | | अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न | | | |
| | Diggnosis | | | | | |
| | | | | 218- | denle | Cartaract |
| 9- | Aw. | eou | RIE SICS with prima dens comp | | | |
| | | ACCICTATO | E BEING AVAILED for | SAME "PURPOSE" | from OTHER SOURCE | ES |
| इस व | | | ह्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया ही | | | of ASSISTANCE BEING AVAILED |
| क्रम संख्या | | | अन्य स्त्रोत का नाम | | ली गई सहायता गर्शी र्जिटा । - | |
| | | Щ | 365 | | 0/0 | 201) [- |
| | | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा परेणा पर:

- 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.
- 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 है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई विकरण पूर्व कथन असरप पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता गृशि "कांशिका फाउन्टेशन", से ती क स्त्री है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक वा सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/निपोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अस्टेंडक इस 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 इस्ताक्ष्य या अंगठे को साथ लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सक्षमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और जो विवाध इस प्रपत्न में खोंकत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, कावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गाँउविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवंदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सक्षायता के उर्दरमों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाण्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तावर या अंगूठे का निशान

- Krypor

AGREEMENT by HOSPITAL (FINE SIT WIR)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm δ 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, हस्ताक्षणी की और से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्तेशन" से चिठिय सहायता हेतु सिकारिश की कही है, जिसे हम (हस्तवाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो मर्थिय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उसत रोगी/मामले में लेंगे का ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनिट उसत से सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा स्थापता किसी अन्य संनायता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी मंस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्तिका स्थात है। इस यूप्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पतल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाब रोगी एवं इस्पताल के बीध का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने व्यने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धृमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Dr MAZHAR N. KHAN ऑपरेशन की तारीख Tripathi Debruse Supportant y Hospital y Marine Burger M.B.B.S.M.S.FICO UP Marco of Degree No South Stamp) डाक्टर का नाम य इस्ताक्षर व रहि. म. Mohammadily FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 वासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2