DEL-C 24-09-3549 (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE 9-24 Building block of life. APPLICATION No.: आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ग SEX Rein NAME of APPLICANT आवेदक का नाम 65 Μ FATHER'S/SPOUSE'S NAI पिता/कट्म्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS 7 Grave No-Novaleta PERMANENT RESIDENCE ADDRESS! स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आय का साक्ष्य संलग्न) कल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नहीं क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) उम्र (वर्ष) Relation with Applicant Name of Family Member Gender Sr. No. लिंग आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम OVV SOW BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) BPL Card Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपघोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आयं वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की करवा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्य ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्त्रोत का नाम

Sr. No.

क्रम संख्या

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पा:

- 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 दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा भो सहापता राति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, दस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 प्रया पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेरफ) अपनी सहमित की पुष्टि फरता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटां और वो विवरण इस प्रपत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मै (आवेदक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑठम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा अत्यर)

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से कितिय सहायता हेतू सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो चर्तमान और न हो पविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उत्तत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" होता मंदर होते कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" होता सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेंशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Dr. Julie Pegu Consultan Maucoma Regd, No. 31318 ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 16.929 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) 5027 डाक्स का नाम स हस्ताक्षर व रेजि. न नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी Daily age FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2