Mon- C-24-08-2204. APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: **Building block of life** आचेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-पर्य SEX ATT NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/करुम्य का नाम BWC25HG-SOOF WITH DE U.S. PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHO NOT ACT OF 15 2114 Makha MUDITY 2 Ulman PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आधासीय पता Above mamp ax OCCUPATION: MARRIED (विद्यासित) / UNMARRIED (अविद्यासित) व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL 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 हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. परिवार को सदस्यों क्रा नाम उम् (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्य Of month unat BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड अर्ल्य क्रम वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाध पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण प्रत को आया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/ढॉक्टर से जारों की गुई प्रतिबेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Swalne ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस्रें उद्देश्य को हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्वीत का नाम लो गई सहायता राशी कम् संस्था

DECLARATION by APPLICANT: SHREET THE WHITE THE

- 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.
- 2) 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) मैं घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायक राहि "कोशिका फाउन्डेहरू", से ली क रही है, उसका उपयोग तसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में भर गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोठ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो भविष्य में लुँग।

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 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 प्रथा पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहयति भी चुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्यासीयों " को अध्यक्त करता हूँ कि मेरा चाप, पता, फोटा औा जो विजरण इस प्रपत्न में घोषिता है, उसे "कोशिका" श्वम् न्यासी, दान, व्ययन्त/चा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके म्यावियों का निर्णय औत्य और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगुरे का निशान

Right

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल द्वारा करार)

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 patienticase, 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 patienticase 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, हस्ताशार्ध की ओर से मामलेपोधी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायक हेतु सिफारित की वाती है, जिसे हम (हस्प्राल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पर्तथान और न ही भविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उसा रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेंदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेंदू मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्नष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उकत रोगी/मामले हेंद्र किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्तेशन" से लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हरपताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं हरपताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरपताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आगे जाने की सारी विम्मेदारी रोगी एवं हरपताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपरेशन को तरिष्य संस्तृति

Date of Surgery आपरेशन को तरिष्य संस्तृति

(Name of Dr. & Regn) No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व जरताबर य गीत २

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नासी हस्ताकर 2