Mom- (-24-05-2122 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION DATE: APPLICATION No.: Building block of life. 0529 0177 आबेरन संख्या : AGE-YEARS STIT-IT SEX THIT NAME of APPLICANT : आवेदक का गाम nedo FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कुरुम्म का नाम yma? W MARKE -24-15-2004 PRESENT REGIDENCE ADDRESS वतमान आवासीय प्रा PASTE PHO MUH - 29-45 2175 Houses 91910m DiVillar Khee Meure Jahr PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवसीय पता aprile Same OCCUPATION: MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित) 100 व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) मृत वार्षिक आप (आप का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशार्त लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का जाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध 70 andeep resich m Yoh am + 00+ m allon m ach olhanocu m 800 JUNI Chandra m Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहार्षता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Copy) (Attach Card Copy) Basis/Proof अल्प आह वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ट गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र को जाया प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति मंतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जुड़ी की गई प्रतिबंदून सूची संलान क्रम संख्या 90 al 719C 19 9mos 19 CETOURO! -Jeni sen Cam O. 101909W mma ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहावता राशी

अन्य स्कोत का नाम

2000 F

क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेरण 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 & 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्ररूप में दियं गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता गृहि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कस्पनी से न तो तिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

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 प्रयत पर अपने इस्ताबार या अंगटे की छाण लगाकर, में (आवंदक) अपनी मत्तमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतंद्रों और जो विवरण इस प्रपत्र में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाष्यम से प्रसारत 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।
- 2) मैं (अतंदेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और क्विरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुझे स्वतः सहायता का हरूदार नहीं बन्नता। इस सम्बंध में "बांशिका" एवम् उसके न्यासियों कर निर्णय ऑतंप और बाष्णकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (ERRINE GIV WORL)

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
- 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 ऑपकृत, हस्ताक्ष्यों को ऑर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डोशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पतात) निम्न प्रकार से बान्य व स्थोकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तवान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्यांत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखाता है। इस पृष्टि में स्थल्य कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
- 2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिम प्रकृति की है। येगी यर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव येगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये हस्पताल में येगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विस्मेदारी इस नामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आंपोशन को तारीख Dr MAZHAR N. KHAN M.B.R.SAUS FICO (Name) Designation & Surgery and Modern of The State of Surgery (Name) Designation & Surgery and Audithorsed Signatory (Name) Designation & Surgery (Name) Designation