DEL-C-24-10-4792 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : 0260 fluiding block of life आषेदम संख्या : -24 आवेदन तिथी 30-10 AGE-YEARS आय-वर्ष NAME of APPLICANT SEX Tein आमंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम अनान अनुसम्भेष पता अपिकटर्म PRESENT RESIDENCE ADDRESS Grali Mo-PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार अस्थानाय पता OCCUPATION PUNSION MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय् (आय 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 निशान लगाये। हां / नसी-FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पप उपयोक्ता कार्ड अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छारत प्रति संलग्न करें। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण यत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?

इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?

Sr. No.

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्वांत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ली गई सहायता राशी

DBCS

ACCOMP

THE ARADON BY APPLICANT. SHEET SHE VINTE TX:

the second 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

2) I solumnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of mimbursement, 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 दिये गये सभी क्विसण मेरी जानकारों के अनुसार तत्व एवं सदी है। यदि कोई विकाण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महायदा निरस्त को जा सकती है।
- मेर द्वार जो समास्त्र रहित "क्वेशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया अथेगा, को इस प्रारूप में भग्न गया है।
- मैं युष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हैतु यह प्रार्थना की गई है, उस शीट का आशिक पर सकत हिस्सा किसी अन्य बोट/नियोजक/बोमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविष्य में तुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक क्षात 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.

 इस प्रयत् पर अपने इस्ताक्षर का अंगड़े की साथ लगाकर, मैं (आयंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कारडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत, फोटो और वो विकास इस प्रपत में मोपित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, पाचना/या दूसरे ठद्देश्य से जुडी गोतिविधयों और टफ्लब्स्यों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथन का विकास भेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउनेंसन" व न्यांनी अधिकृत है।

2) में (आवेदक) इस बात में महमट हूँ कि मेस नाम, पता, फोटो और विधरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" धूमम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमताल द्वार 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 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

हरारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामलेरींगी को "कोशिका फावन्तेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्थात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) पह कि न तो नात्मान और न ही धीकम्य में विकिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिस/विगति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "क्रांशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्हुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्देशन" से ली व्हां सहापना केवल बितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल कं बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में सेगी के इलान सुरक्षा और उसने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चुमिका या जिम्मेशरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery व्यॉपरेशन को तारीख

30-16-24

Dr. Julie Pegu Consultant Glauce Regd. No. 31316.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) द्याक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राज न

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

नाम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी

on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ञानारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर 2

SIGNATURE of TRUSTEE 2