APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) APPLICATION No. : foundation APPLICATION DATE आवेदन संख्या : Building block of life आबेदन तिथी NAME of APPLICANT : AGE-YEARS जाप वर्ष SEX fein आवेदक का नाम elmax BO FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Want Hanuman Mandul PASTE PHOTO HERE Son rat Harcallane -PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आवासीय पता OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय 000 (आग का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आव कर दाता है (जो मान्य हो इस पर सही का निशान लगाये। Yes / No हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) क्रम संख्या Gender परिवार के सदस्यों का नाम Relation with Applicant उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** (Attach Card Copy) Ration Card (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलय्न करे। अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरक द्वरा गांपणा 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.
- 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.
- में पोपण करता है कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुस्तर साथ एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायक्ष निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत राशि "कोशिका फाउ-देशन", से ली जा गाँ है, उसका उपयोग उसो उदेश्य की पूर्वि के लिये किया वार्यगा, जो इस प्रकल में परा गया है।
- में पुण्ट करण है कि जिस सहापता हेतु पह प्रार्थमा की गई है, इस शिश का आशिक या सकात हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक द्वारा करार)

- t) 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 प्रपत्त पर अपने हरताक्षर या अंगठे की बाप लगाकर, में (अर्थदक) अपनी सहमांत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मंग्र नाम, पता, फाँठो और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यान, याका/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका पाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहावता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Hairely Kume

आवेदक के हस्ताधर या अंगुते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

 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 को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पतान) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही अधिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

- में सिफारिश/विनीत उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु सन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्विसीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "क्रीनिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायना केवल क्रितय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यकल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "क्रीशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रीशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस यामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 15-11-24 on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Community Co DR SURE है पर एक्किस अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।