APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: Building block of life आवेदन संख्या : NAME of APPLICANT : AGE-YEARS MIT-IT SEX frin आवेदक का नाम 1am FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कट्टम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत Mudo 1010 Che Gu munici Udday gradesh. OX PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आयासीय पता PUN c18 anove OCCUPATION : MARRIED (विवारित) / UNMARRIED (अविवारित) mes व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई साता 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 / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग 56 1. VITAU fa. m SAN BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहावता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपपोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र जल्प जाय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र को छावा 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 प्रतिबंदन सूची संलग्न क्रम संख्या Coctation C+ 10 9 ho 818 oni 2019 C J mmg ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्य 2000 1-DRCS

DECLARATION by APPLICANT: आवेदार द्वारा परेषणा 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.
- 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.
- 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 थोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रथा जता है तो मेरी सहायख निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहापता राशि "कोशिका फाउन्टेशर", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस गांश का आशिक या सकत किस्सा किसी अन्य ग्रोतः नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया 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 Truslees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रयत पर अपने हस्ताक्षर या अंगर्ट को छाप लगाकर, मैं (आनंदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवरण इस प्रयत्न में योधित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, पान, यापनात्या दूसरे उद्देश्य में जुडी गतिथिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए लिया किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए लिया लिया की प्रसार माध्यम
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं 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 ऑहम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्टाशर या अंगूठे का निशान

- LT of PI

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 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, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) पह कि न ले वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्कोत से उक्त ग्रंगी/मामले में लेंगे चा ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफग्रीला/विनति उक्त के सम्बय में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किचा जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस कृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रंगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विशिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्यताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्याप नहीं है। इसलिये इस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्यताल की होगी और "कोशिका" को कोई पूमिका या विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति M.B.B.S.M.S. L.CO KHAN **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 105 p क्रिकेट की सक्कार्य भिन्न क्रिकेट अस्मार आफ्ना आक्रिक U PNMOG DREEM No. With Stamp) 06/06/19 डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2