APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखधाल) foundation APPLICATION No. : 0246 APPLICATION DATE Building block of life. आधारन संख्या : आवेदन तिथी 0 NAME of APPLICANT : AGE-YEARS आय-वर्ष SEX fem आवंदक का नाम 50 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MENNY CONT. C. Editor and C+1 1-1=209 पिता/कटम्भ का नाम Sundal hyam WHEN SALISH PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE dixitana 9019190 grkaxannath Chon 62002 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Shove OCCUPATION : MARRIED (বিবাহিন) / UNMARRIED (এবিবাহিন) व्यवसाव TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थार्ड स्वाता 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 Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उप (वर्ष) लिंग अववेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** (Attach Card Copy) Any Other (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आयं वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसाप्त करे। (प्रमाण पत्र को साथा 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 को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न lideresis Pharo HOL 0 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहावता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्य अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता राशी JBC

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा चीपणा पत्र:

1) 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.

was requested by the.

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.

- में घोषणा करता है कि इस अक्ष्य थे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुकार काय व्यां सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन अक्षय चया जाता है तो मेरी सहायता निरात को जा सकतों है।
- 2) भी द्वारा जो सहायता राशि "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उच्चोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु पह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक वा सकल दिस्सा किसी अन्य ग्रोड/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रच्य पर अपने इस्ताधर था अंगठे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ इस "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोड़ो और तां विवरण इस प्रच्य में मांपित है, उसे "कोशिका" एक्स् नामी, दान, यावनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रच्य का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यालो अधिकृत है।

2) मैं (आवंदक) इस बात से सहयत हूँ कि येदा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहयता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्था: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और वाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हरताक्षर या अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (steiner grit well)

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 मामले/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायत हेतु सिर्फारिश की जाती है, किसे हम (इस्काल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिर्फारिश/बिनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्थत बिनति ऑशिक-स्थनल हेतु मन्तुर नही किया जात है तो अस्पत्रल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहस्थत 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 नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से एते गई सहायता क्षेत्रल वितिथ प्रकृति की हैं। सेथी पर हस्पताल द्वारा दी यह सलाव व्य किये गये उपचारप्रक्रिया कर पुनाव रोगी एवं इस्पताल के ब्रोच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्का नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आये जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूगिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AC रियोक्ती के लिए से	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 0 द (१०) 2.02.1	(Name of Dr. 高語ego, No. Mitth Stamp) (Name of Dr. 高語ego, No. Mitth Stamp) (Name of Dr. 高語ego, No. Mitth Stamp) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNI	Anuras Mara AfNamia Designations Standport Authorised Signatory Dr.Shroff's Cross behalf of Hospitality at मान व पर हमजाल अधिकत अधिकारी
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताबर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2
8	fugel	lit