APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION No.: APPLICATION DATE Building block of life. 0262 10,21 आबेदन तिथी आनंदन संख्या : AGE-YEARS आयु गर SEX fein NAME of APPLICANT: आधेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम CTOPPEASES WORLD BANNEYSTEEL PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE margal 257212 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता above OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income/\/\) (आय का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS YRTHIN THE THE Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या पुरिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) **श**िमंग आवेदक के साथ सम्बध laughter 14 Nohan Chano (B) AA BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की साव्य प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की छावा प्रति संतग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उददेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ag nosis (a)489(1 cuteria a 811900 110-6988 25 4 SICO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्वांत का नाम 2000 DRU

DECLARATION by APPLICANT: आतेरक 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.
- 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) में घोषण करता हैं कि इस प्रक्रप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहायता राशि "कोशियत फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं कुछ करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्येगा की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत दिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीना कम्पनी से न तो लिया है और न हो भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Spice po 400)

- 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 प्रपत्र पर अवने इस्ताक्षर या अंग्रहें की छाप लगावन, में (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिक्ट फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेग नाम, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिक्ट" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जूडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिक्ट पान्ये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिक्ट पाउनेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा नाग, पता, फोटो और विवाण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है पुत्रे रूपत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उनके न्यस्थि का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगूठे का निशान



R-7

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पतास 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, इस्ताधरी की ओर से मामले होगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु तिफारिश की जाती है, जिले हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही प्रविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त होगी/पायले में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से तिस्थारिश/विनति उक्त के सन्थय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिकासकरत हेतु मन्त्रूप नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सूर्यक्त रहा इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त सेगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका प्राउन्देशन" से शी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनक रोगी एवं इस्पताल

के बीच कर विकास है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार कर कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेनी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगो और "कोशिका" की कोई भूमिका का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगो।

	1.4 1.1	MMENDED FOR ACCEPTE कृती के लिए संस्तुति	NCE
Date of Surgery ऑपरेशन की तरीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Since on an a grange of the	RN KHAN Mas FICO 19 No 78911	And ag Visra Assistant Many Staffing of Authorised Signatory District S Chair Behalf of Heightal Kall Sandeway was remain which to the second
	FOR INTERNAL USE o	KOSHIKA FOUNDATION	u आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्तासर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 2	
8	fungel		lite