APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखघाल) foundation APPLICATION No.: 0269 APPLICATION DATE: 1021 Building block of life. आयंदन संख्या : आवेदन तिथी 0 NAME of APPLICANT : AGE-YEARS आय-वर्ष SEX fein आवेदक का नाम 9m Kal FATHER'S/SPOUSE'S NAME चिता/कटम्भ का सम obsanla PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय परा PASTE PHOTO HERE nanikalous throes nagers 10001 Ahemore nagar 26200 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता cloove OCCUPATION: lome MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **व्यवस्था**त TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कल वार्षिक आव (आव का साध्य संलग्न) NA PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवारण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम वस् (वर्ष) रिलंग: आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की लावा प्रति मंत्रान क्षते। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संशान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गवे विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न 100 nost PMIO Calarract Carterege Sewile wiger +AV + Afrakia 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 संख्य अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहस्पता राशी 20001 DBCS

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरक द्वार प्रोपण 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 घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिवे नवे सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि बोई विकरण एवं कथन असला पापा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा राते हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु या प्रार्थना की गई है, उस गति का ऑटिक या सकत किस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजकाचीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Sphok grd %00)

- 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 अपने इस्ताक्षर या अंगडे की छाप शामकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोडो और वो विवाल इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, व्यवनान्य दूसरे उद्देश्य से जुडी गतियिक्षियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारता करने के लिए ऑधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवाल मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आक्षेतक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, फता, फोटो और विकास को कि सहायता के तर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑत्य और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आयेदक के हजाशा या अंगते का निराम



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्लास द्वार कतर)

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, इस्तक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष सहायता हेतु शिकारिश की जाती है, निसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिक्स में वितिष सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान चा किसी अन्य स्वेत से उस्त रंगो/मामले में लेंगे चा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिकारिश/विनति उका के सम्बाध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा स्वतिष्ठ स्वारति आशिकास्थान हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्धाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृथ्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

वैस सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगालंगी।

2. "कॉरिका फाउन्तेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। येगी पर हस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपवार/प्रक्रिया का जुक्य येगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में येगी के इलाज सुरक्षा और अने जाने की सारी जिल्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिल्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		IENDED FOR ACCEP ती के लिए संस्तु।		
Date of Surgery ऑपरशन की तारीख	Dr MAZHAR N M.B.B.S.M.S (Name of Dr & Rego. No. with S stack on an a states a till	,FICO tamp[8911	Action Destoration A Stanta of Authorised Signatory	
	FOR INTERNAL USE of	COSHIKA FOUNDAT	3301 to 300 104 000 110 av 2 av 2	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्यांसी इस्तासर ।			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
	Safungal		Sit E	