ORO

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखभाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : Building block of life आयंदन संख्या : 0 204 आवंदन तिथी AGE-YEARS आप्-चर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Munch m FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटम्भ का नाग certis/5565 MAN PRINSMS PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तप्रान आवासीय पता g-Kam 420 - Youngal Preop Post op PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता laada hagas dbove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय er mu 8 TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कल वार्षिक आय 2) VW (आय का साध्य संलग्न) PAN No. TRIES TRIEST THRUIT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आव 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 उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध andeep 0 200 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रवाण पत्र उपभोवता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतन्त करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन 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 ho(i) alaxact enile autorra C 212 +101 (10(98e) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य महायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्य अन्य स्वीत का नाम लो गई सहायता ग्रशी

25001-

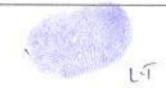
## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोषणा पत्र:

- 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि खोई विवरण एवं कथन असत्य पापा जाता है शे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार वो सहायद राति "कोशिका फाउन्हेंशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भए गया है।
- 3) मैं पृथ्वि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की नई है, उस गशि का अधिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोगक/बीमा कामनी से न तो लिया है और न ही पशिव्य में लैंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आनेएक 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 Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपंत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की साथ तत्त्राकर, मैं (आयेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पाउंडे और वो विवरण इस प्रपंत्र में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। भेरे प्रपंत्र वा विवरण मेरे इलाव के पाउंडे या बाद में करने के लिए "कोशिका पाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सवमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतित है मुझे त्वत: सहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसिखें का निर्णय ऑतम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : নাম্বিক মি ভালাকা আ নান্ত যা সিয়াণ



## AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पतल 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:

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

हमारे अधिकृत, इस्ताकृत की और से मामले होगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, निसे इम (इस्पताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उसत सेवी/पामले में लेने था ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्देशन" से विश्वासिक वितित कार्तिक कार्य-देशन" हास महायता विनीत आर्थिक संबंध में "कोशिका फाउन्देशन" हास महायता विनीत आर्थिक सहायता किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेरान" से ली गई सहायता केवल विकिय प्रकृति की है। तेगी पर इस्पताल हारा दी गई सलाह वा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव होगी एवं इस्पताल के कीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेरान" हारा किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोणी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		NENDED FOR ACCEP ती के लिए संस्तृ		
Date of Surgery ऑपरेशन की तरीख   प्रोप्तिन की तरीख	(Name of Dr. & Regin, No. With S	tamp).	Anticag Misra (Name, Dielghalder Republic of Authorised Signatory Dr.Shroff' pc Desdrof progential (1888) Sahalli 8 35 (Name affect of Pentiler)	
	FOR INTERNAL USE of I	KOSHIKA FOUNDAT	ION आन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तक्षर 1		11	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताधर 2	
(5	afungal		lie 1 E	