man - C- 34-06-1852 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. : Building block of life APPLICATION DATE: आवेदन संख्या 1 आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX THT NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम वर्तमान आवासीय पत PASTE PHI MATERIAL nahlahantut Mtan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : THIS SHIPITH THE Above OCCUPATION: MARRIED (THITTEN) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आव (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सत्ती का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Age (Years) Sr. No. Name of Family Member आवेदक के साथ सम्बध परिवार के प्रदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) कम संख्य 25 127 cakosh P, 31 12 Spn BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof **BPL Card** (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड गरीबो रेखा के नीबे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रयाण पर्व अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संतर्भ करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को प्राचा प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का ठद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्मक्षल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलयन क्रम संख्या CAFATTAC - Sphi l'agnos 1 Poppa 0hs Cam ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम कम् सहस 2000 DBC

DECLARATION by APPLICANT: STREET THE VENT VI

- 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 a 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
- 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.
- 1) मैं भोषणा करता हूँ कि दूस प्रारूप में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार साथ एवं सही है। मेरि कोई विवरण पूर्व कथन असला पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- मेरे दूस जो सहायह शहि "कोशिका फाउनोशन", से ली का खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया उपयोग, जो इस प्राप्तन में था। गुख है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सक्षागत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस रहिर का आधिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतनियोजकाबीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लीता।

AGREEMENT by APPLICANT (अल्लेक इस कसर)

- 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 fulfillment 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 इस्ताधर या अंगते की क्राप लगाकर, मैं (आनेरक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत, फोटो और जो विकाण इस प्रथव में योषित है, उसे "कोशिका" एथम् न्यामी, दान, साचनात्मा दूसरे उद्देश्य से जुडी गाँतविषयों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में जनारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिया फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) में (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विधारण जो कि सहायता के उन्देश्मों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एसम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

अरबेरक के हस्ताधर पा अंगुरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (TORSH IN WOL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

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 Hespital, 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 आधिकृत, इस्ताक्षरी की और से यामले.पोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) विम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिक/विनीत उपत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत आंतिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वस्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेर्यु किसी

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में तो गई सहायता कंवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का नुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच कर विषय हैं और "क्वोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलियें इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने की कारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की डोगी और "कोशिका" की कोई धुमिका या जिम्मेगारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Starop of Authorised Signatory anne of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) - y G FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर । न्यामी हस्ताका 2