APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : Suilding block of life 0994 आधंदन संख्या : 204 आवेदन तिथी AGE-YEARS HIT-TI SEX Rin NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 66 FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आञ्चासीय पता 1 Chay lia 202004 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता apove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अदिवाहित) क्वसम्बद्ध TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता 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 Age (Years) उम्र (वर्ष) Sr. No. Name of Family Member Gender Relation with Applicant कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम आवेदक के साथ सम्बंध JIVOK OFF 1 n TV 0 gxman m (on BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्त कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उन्देश्य: Sr No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर/से जारी की गई प्रतियेदन सूची संलग्न Magnesu sellao hours 9 enlle all gra C (10 Ger 0(0/0 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES. इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्य अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी ABG 20001

DECLARATION by APPLICANT: आनेएक 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 solemnity 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/employeninsurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकारण एवं कथन जसत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायता रहित "कोशिका फरउन्देशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्व की पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि विस सहायत हेतु यह प्रार्थना की यह है, उस चारि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोठ/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घतिष्य में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताबर पा अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ इवं "कंतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आंकड्ड करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवारण इस प्रपत्र में मेंकित है, उसे "कंतिका" एवम् न्यासी, दान, पावना/पा दूसरे उन्देश्य से लुडी गतिविधियों और उपलब्धियों से सियं किसी भी प्रसार पाल्यम में प्रपारित करने के लिए अधिकड़त है।
- मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकशार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिथ और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निरहान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 और से मामलेजींगों को "कोशिका फाउन्देशन" से बितिय सहायता हेतु सिकारित की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उस्त रोगी/पापले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिकारिश विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हात सहायता विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हात महायता तेने का अधिकार सुर्वित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्य करना तो कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/चानले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से नहीं लेगा लोगे का अधिकार सुर्वित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्य करा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/चानले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा लोगे।

2. "कॉशिका फाउन्डेंशन" में ली गई सहावता केवल विशिय प्रकृति को है। ऐंगी पर इस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपचाएप्रक्रिया का चुनाव ऐगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवास नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐगी के इलाज सुरक्षा और आने वाले की सारी जिम्मेदारी ऐगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी।

Position of Trustee 1

Signature of Trustee 1

प्राप्ति के लिए संस्तुति

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
रस्तीकृती के लिए संस्तुति

रस्तीकृती के लिए संस्तुति

Name Designation & Stamp of Authorised Signatory
On behalf of Hospital) (Name of Dr. & Rogn. No. with Stamp) 1

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर 1

प्रिकार प्राप्ति इस्ताक्षर 2