#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE Building block of life 1296 0.9 आधारत संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष NAME of APPLICANT : SEX fein आवेदक का नाम 66 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कट्म्भ का नाम PASTE PROTO HERE PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय परा Mehammadi Preop Postop 0296 fool Julian 262000 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता all above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) 1 pme **व्यवसाय** TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) N 14 कल वार्षिक आव (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 विकरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) उम्र (वर्ष) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम अवंदक के साथ सम्बंध 4-10 con 4-5 m 0000 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Card Copy) Any Other (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपधोक्त कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या 1109 hasis diaya(+ enle enle CW4 PW +101 + lolare ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गर्ड सहायता राशी DBCS 20001

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोपणा 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 Kashika 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 है कि इस प्रकल्प में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य संतर्शनगोजक बोधा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पेक्सि में लूँगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (अव्येषक क्या 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 इस्ताक्षर या अंगड़े की खाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "फोशिका एउउंटेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि सेंग नाम, पता, पतेये और वो विवरण इस प्रपत्र में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकरण मेरे इलाज के पहले वा बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार जहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्स उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताकर वा अंगूडे का निवान



### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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, इस्तक्षती की ओर से मामले/योगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

  1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भिष्म्य में वितिय सहायता किसी येर सरकारी संस्थान व्य फिसी अन्य स्वीत से उसा रोगो/मामले में लेंगे व्य ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

  से सिफारिश/विनारि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वार मरद हेतु कि है। चिर "कोशिका फाउन्देशन" इस सहायता विनारित अशिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संख्या वा किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सूर्यक्षत रखता है। इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
  वैद सरकारी संख्या वा किसी अन्य सम्बन से नहीं लेक्शलेगी।
- 2. "कोरिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। येगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाग सुरक्षा और आने काने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोरिका" की कोई ध्रमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FO स्वीकृती के रि	
Date of Surgery ऑपरेशन की तशीस 21 10 204	MAZHAR N. KHAN (Nainte of DP & Regn. No. with Stamp), U Brack at an Banganin Brack at the	Anur e Misra (Marie; Designation Station) Or Shrott's on behalf of Hospital) err Sahden कर सम्माल अधिकर अधिकरी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यामी हस्ताधर ।		FOUNDATION आनारिक उपयोग हेतू SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2
É	Sufungel	lie 18