MOM - 1-4-09-2874

#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE Building block of life. 10211030+ व्यवस्था संख्या : आवंदन तिथी AGE-YEARS आप-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 6 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम MEMORY CANADA VAME RAPICAL PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE of ourning hhatiko phymbra PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आवासीय पता above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **व्यवसाय** armor TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) NIA 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 Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध M BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अरूप आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये किनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Magnacis PHIP Conteresco ha to marth 5165 +loc + locare RUHGPSU ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्वांत का नाम ली गई सहायता राशी DRCG 000

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 any, liable for rejection/canoaliation.
- I satemaly 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 खंचणा करता हैं कि इस फ्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कवन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) सेरे द्वारा जो सहायता रशि "क्षोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नेना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य संदर्शनयोगक बीगा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT ( SERVES THE WORL)

- 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 प्रत्य पर अपने इस्तक्षर या अंगठे की छाप लायकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका परतंत्रेशन और उसके न्यसीयों " को ऑफकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में मीणित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यायना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों से लिये किसी भी प्रसार याध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) पै (आवेदक) इस बात से सहपत हैं कि गेरा नाग, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुझे स्वत: सहस्यत का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आकेरक के हस्ताधर या अंगुते का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (इस्लाहत 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, इस्तक्षरी की और से माम्छेरोगों को "कोशिका फाउन्देशन" से विविध सहायता हेतु तिपारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

  1) यह कि न तो वर्तकन और न ही पविष्य में वितिध सहस्वता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उस्त रोगों,पायले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिप्कारिशाविनित उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। विद "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अशिका सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
- किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस चूच्टि में स्वय् कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उका रोगो/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेपा/लेगी।
- 2. "कॉरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायत केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्प्याल द्वारा दी गई सलाह या किये नये उपवादप्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं इस्पताल के बीच का विवय हैं और "कॉरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई चक्क नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाने की सारी विष्णेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई पर्मिका था विष्णेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		DED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुति
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	MAZHAR N. KHA M B B S M S FICO Name of Dr. & Regn. No. with Starr start at an 4 states 4 start FOR INTERNAL USE of KOS	P) Assistant Designation Stages of Authorised Signatory On Shroff's बिमाच पर अस्पति अधिकारी
SIGNATURE of TRUSTEE 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नासी इस्तक्षर 2
É	Sofungel	liet E