VRN-C-22-06-1440

-	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare)



(स्वास्थय देखमाल) APPLICATION DATE: 30 06 Building block of life APPLICATION No. : V/0722/03/9 आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS अपन-नर्म SEX Terr Harish Pathak NAME of APPLICANT : 50 आरोटक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Madarumal Pathak पिता/कटम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Beswan Besamon dehat Beswan U.P. 202145 lisoup, PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता some as above OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित DOWN TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 000 (आप का साक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / मही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सहस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) BPL Card **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड जल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतम्न करे। (प्रमाण पत्र की खत्या प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या emile Catalian+ RE-Senile Cotamos TOOL WIDERY ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम 2000 DBC

DECLARATION by APPLICANT: आनंदन द्वारा मोन्या पर:

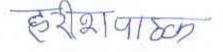
- 1) I hereby confirm that all dotails in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistant. liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये वये सभी विवारण भेगी जानकारों के अनुसार साथ एवं नाही है। यदि कोई विवारण एवं कथन असाय पावा जाता है तो भेगी सहावता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे ड्राय को सहस्रता ग्रांत "कांशिका फाउन्डेशन", मे ली जा रही है, उसका अपयोग उसी उदेश की पूर्ति के लिये किया व्ययग, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्टायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस गाँत का आरिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोद/नियोजक/बीम कम्पनी से न तो लिख है और न ही प्रविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेशक द्वारा करार)

- 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.
- इस प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या जीगठे की आप लगाका, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की युष्टि करता है एवं "कोतिका फाउंदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस एपत्र में योषित है, उसे "कोशिका" एवप् नाम्बो, त्रव, बाधवारण दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गीतीतिथर्वी और उपलब्धियों से लिये किसी मी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज जो पहले या बार में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि पेश नाम, पता, फोटो और विवाल जो कि सामयत के उन्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आचंदक के हस्ताधार या अंगुरुं का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$14000 girl 4000)

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 Hespital 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, इस्ताक्षरी को ओर में मापले/रोगों को "कॉशिका फाठकेशन" से चितिय सहायत। तेतु सिश्वरिश को जाती है, विसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। पह कि न तो बरोपान और न ही भविष्य में वितिय सहायदा जिस्से गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उसत रोगी/प्राप्तले में लींग या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/बिनति उस्त के सम्बंध में "कोशिका फारान्डेशन" द्वारा संदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फारान्डेशन" द्वारा सहायता निर्नात ऑशिक/सकल हेतु सन्तर नहीं किया जाता है तो अस्पताल **किसी अन्य गैर सरकारी संस्था गा किसी अन्य सन्साधन से सहायक लेने का अधिकार सुर्वधात रखता है। इस पुष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिवीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी** गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्हेंशन" से ही पह सहायहा केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हम्पताल हारा दो गई सलाड या कथ गय वर्षमाराज्ञकथा का पुचल प्रणा एक हस्तावर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेंशन" हास किसी प्रकार का कोई प्रणा नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने को सारी जिम्मेदाह स्थापन किसी की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मापले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. SUFYAN DANISH Administrator स्वीकृती के लिए संस्तृति M.B.B.S., DØMS, DNB Date of Surgery ऑपरेशन की सारीख (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatury (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डावटर का नाम व हस्ताक्षर य राजि. न. नाम च पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक ठपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यांसी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2