Mom- C-23-02-1946

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)					Koshika	
APPLICATION No.: N आवेदन संख्या :	1 032	3 0324	APPLICATION DATE	103/23	Building block of life	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Sovi	424	AGE-YEARS	आयु-वर्ष SEX लिंग	92.3	
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम	AME: Rai	0			(Frigging) HEIGHTINE (CO)	
Shahjahan Rawtuhu W	ICA		· Powayo	of Calah	BIO-OP D. LOO	
OCCUPATION :	Tome	makey		MARRIED (Railisco)	/ UNMARRIED (অবিবারিন)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय		36,000 (Jam	119)	(Attach Proof of Inc (आय का सास्य संस	ome} हम्त्)	
PAN No. PRIÉ BUIE TÉG ARE YOU AN INCOME T BUI SITY SITY BY EIR É	AX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सप्ती का निशान लगाये।	Yes /			
THE CHILD SHE SHE C			AMILY DETAILS परि			
Sr. No.	Na	me of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या		रेवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष) 2.2	ि स्थि	आवेदक् के साथ सम्बध	
- //-		dm lalchan	22	TVI	201	
2.		Ankel	28	M	701	
					4	
		BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick whi	chavar is applicable)		
		सहायता के लिये विनित	। आधार	and the second		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काचा प्रति संसरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की संस्था प्रति संस्थन व	(Auton Gerd (Autoth Copy) उपयोक्ता कार्ड हो। (प्रयाण एवं की कार्या प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			REQUESTING ASSI किये गये विनती का उ			
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	अस्पताला/अभिकटर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची स्तान					
1	Draghalih Kt Schile Cataract					
	-		16	- Conile	(n. lange t	
		0			00-4-107 .	
2. Swiging RE STCS with Pmny less Caup						
		1				
	1 1					
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्देश्य को श्रेतु कोई अन				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR			AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED ती गर्द सहायृता राशी	
\$1,100					200	
				-		
	+			*		

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/cancellation.
- 2) I solamnly 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं चौचणा करता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सारी है। चिर कोई विवरण एवं कथन अस्तय चया जाता है तो मेरी सहस्यता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहत्वता राति "कोशिका काउन्डेशन", से ली व रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- 3) में पुष्टि करत हैं कि किस सतायता हेतु या जर्मन की र्या है, उस गति का मातिक य सकत हिस्सा किसी अन्य झोठ/निगोषक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (andre gro with)

- 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 प्रपत्न पर अपने हस्ताक्त चा आंधते की आप स्त्याकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा बाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पता, क्वानक्ष्य इसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपात्नीकायों के सिन्दे किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इस्तान के जाते वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहागता के उद्देश्यों में प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय करिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अप्रेरंक के बस्तावर का अंगूर्त का निकान

RT-

AGREEMENT by HOSPITAL (849000 IN WOR)

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 a right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation assentially 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, हस्तावरों को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाटन्डेशन" से वितिय सहायत हेतु सिफारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो यहँचन और न ही पविष्य में चितिय स्वाधता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उनत ग्रेगी/मामले में लेगे या ले रहे है, नैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनति उनत के सन्यथ में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेनु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकत हेतु मन्तुर नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ग्रेगी/मामले हेतु किसी अन्य ग्रेगी/मामले हेतु किसी अन्य श्रेगी/मामले हेतु किसी ग्रेगी मामले के स्थान मामले से सहायता है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनत रोगी/मामले हेतु किसी ग्रेगी मामले के तो अस्पताल किसी अन्य सामा से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फानकेशन" से ली गई सहायता केवल विकिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यकल द्वार ये गई सलाह था किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमान नहीं है। इस्रतिये हस्यताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और उनने पाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमान या विष्मेदारी इस यामाने में नहीं डोगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Manag तारीख nistration M.BXRD8.M.S.FICO Stamp of Authorised Signatory ACAT. IS Begin/No with Starto) of Hospital) हाक्टर को नाम व हरताबार व रवि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अञ्चरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर १ न्यासी हस्ताक्षर 2