mom- c-23-07-0487 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE Building block of life आयेदन तिथी ७७ (७२ आवंदन संख्या : AGE-YEARS STIT-UT NAME of APPLICANT : SEX frin आवेदक का नाम 69 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 000119 MDKK 670-OP PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same Q1S CUDOVE OCCUPATION: Home makow MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल चार्षिक आप (आय का साक्ष्य 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 इस पर सही का निशान लगाये। हर्ष / नहीं 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 आवंदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण एव अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सतायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/हाँक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्य 219910818 atoriac + Catwigg-112renule mma (am) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्य अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशी

0000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रांपणा 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 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.
- 1) मैं श्रोपणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवस्ण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। चरि कोई विवस्ण एवं कथन असला पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार को सहायक राशि "कोरिशका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, को इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आर्थना की गई है, उस ग्रांक का आतिक या सकत दिस्सा किसी अन्य खोकनियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही चिष्ण में लुँग।

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.
- इस प्रयत पर अपने हस्तक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अगरी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, वाचनात्या दूसरे उत्देहम से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आधेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हम्ताक्षर या अंगुठे का निशान



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

हमारे अधिकृत, हस्ताध्यों की ओर से मामले/योगों को "कोतिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्थताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही धांवध्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसो अन्य स्वोत से उक्त रोगी/प्रामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोतिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बर्ध में "कोतिका पराउन्टेशन" हात मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हात सहायता विनित औत्रक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अम्मताल किसी अन्य तैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बर्धन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राहत रखता है। इस पूष्टि में स्थल कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लोगे।

2 "कॉशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायल केवल वितिय प्रकृति को है। रोगों पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का युनाव रोगों एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव मुख्या और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका व्य जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आंपरेशन की लिए संस्तृति Date of Surgery आंपरेशन की लिए संस्तृति Dr MAZHAR N KHAN NATIONAL MISH A MARIAN Stamp Of Authorised Signatory Dr MAZHAR N KHAN NATIONAL MISH A MARIAN Stamp Of Authorised Signatory Name Of Signature of Stamp Of Authorised Signatory FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकर 1