mom- (- 23-07 - 0406 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: APPLICATION No. : Building block of life आवेदन संख्या : AGE-YEARS आप-तर्प SEX लिंग NAME of APPLICANT : आधेदक का नाम 51 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: If where a cons पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHE heory Checoutu Uta radelh-PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आपासीय पता CUDOVE 9.8 OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आध (आय का साध्य संसन्न) 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 / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant कम संख्य पर्रिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध 30 Syamu Son m BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनति आधार Bation Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपमोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संतग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का टद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या serule rataract Dlagnos18 aturact 119-Semile Pmmg WITH en camp ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. अन्य स्वीत का नाम ली गई सतायता राशी कम संख्या PIBCS

DECLARATION by APPLICANT: आवेटक द्वारा मोपमा 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 salemnly 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 भोषण करता हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पत्य कता है तो मेरी महायक निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायता तरि "कोशिका फाउन्टेशन", में ली जा ली है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में धूरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि बिस सतापता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आंशिक या सकल तिस्सा किसी अन्य ग्रोत:नियोजक/बीमा कम्मनी से न हो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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.
- 1) इस प्रथत पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अव्येषक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्याकीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नामो, रान, पावनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार पाध्यय से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का निवरण मेरे इलाज के पहले या कर में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हक्क्टा नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवंदक के हस्ताधर या अंगूते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (# स्पत्तल द्वार 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, हस्ताक्षरी की और से मामले/रोगों को "कोतिका फाउन्होंबन" से बिविय सहायदा हेंदू सिफारिश की आही है, जिसे हम (हस्पश्रल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भीवम्य में बिविय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगो/मामले में लेंगे था ले रहें है, वैसे कि हमने "कोशिका पाउन्होंबन"

से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होंबन" प्राप्त मदद होतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंबन" हारा सहायदा विनीत ऑशिक/सकल हेत् मन्यूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थन से सहायदा लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगो/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से तो गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की हैं। रोगों पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपयार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में गेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगों एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुम्बिका या जिम्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आँगरेशन की तारीख Dr MAZHAR (Name of Dr. & Regu. HO) with Stamp) (Nam