MOM - C 23-03-2075 Koshika APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थव देखमाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life APPLICATION DATE APPLICATION No. : 22 आवेदन संख्या : AGE-YEARS अगु--वर्ष SEX frin NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम M Ahamad Safi FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आधासीय पता DheHaulah Dhinawa . Icheni , chhi taunia Postop PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: PRIE SIGNATURE VIII Uttan came as above. almar OCCUPATION: MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित) TOTAL ANNUAL INCOME: 38,000 (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) कुत वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No डां / नडी क्या आए 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. आवेरक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम वप्र (वर्ष) लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहादता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रयाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति मंसरन करे। (प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या Siggnasis Catanact SICS with Pmma less Swigery ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी ऋम संख्य अन्य स्थीत का नाम DBCS 2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा चीपणा पत:

- 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 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.
- 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी किवाण मेरी कानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई विकाश एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहाबक राशि "कॉलिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में बार गया है।
- मैं मुख्य करता हूँ कि जिस सहत्वता हेतु यह जामेंना की गई है, इस सांक का अविका या सकत हिस्सा किसी अन्य सीम/नियोजक बीमा कम्पनी से त तो लिया है और न ही धनिष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SERVE DID 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर पा अंगरे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिबृद करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में चोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वापना/चा दूसरे उर्दरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तर माञ्चम से प्रसादित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इसाब के पत्रसे वा बार में करने के लिए "कोशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवशन को कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकरार नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताधर या अंग्रते का निवाप



AGREEMENT by HOSPITAL (VERNIR ETT 16-TK)

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 finencial 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.

इमारे अधिकृत, इस्तावनी की ओर से मामने/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहापता हेतु सिकारिश की बाती है, जिसे हम (इस्ततास) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तपान और न ही भविष्य में स्थितम सहायता किसी गैर सनकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रंगी/मामले में सेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिकारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित ऑशिका/सकान हेतु मन्त्रूर नहीं किया जाता है तो अस्पाधन किसी अन्य में सामायन से सहायता लेने का अधिकार सुरीका रखता है। इस मुख्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सच्चन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका काउन्होंतन" से ली गई सहायण केवल किंदिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पणल द्वारा दी गई सल्लह या किये गये अपबार/प्रक्रिया का युगाय रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्होंतम" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रधान नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाक सुरक्षा और अने वाने की सारी जिल्लेपारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई मुस्का या जिल्लेपारी इस पासले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑप्टेशन को गारिक M. B. B. S. A. S. F. I.C.O U. (Manual CD) (Recontable) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 नासी हस्ताकर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 नासी हस्ताकर 1