Mom- C- 24-00- 0795

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखमाल)						Koshika
APPLICATION No.: M10 8 24/0 463 APPLICATION DATE: आवेदन तिथी 0 9100129						Building block of life.
आवेदन संख्या :		29/0905		AGE-YEARS SHE		
NAME OF APPLICANT: अपनेदक का नाम चिंदा Koose				63	1	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	Cho-					FIL- SHI YANG ON JOSEPH
Colly, Puncy Phanes Prodest 262802  Permanent residence address: Half signification						Brelot Postof
		Same a	s a	bove		
SCHOOL STATE OF THE STATE OF TH						माहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCO	- (	21000 fa	nily		(Attach Proo (असम् का स	
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (	Tick whichever is applicable):	. 0	Yes / No		
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	EAMILY	हां / नहीं DETAILS परिचार		
Sr. No.	Na	Name of Family Member		ge (Years)	Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या प		परिकार के सदस्यों का नाम		उस (वर्ष)	िलंग	आनंदक के साथ सम्बंध
	-		_			
	+					
	-					
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	G ASSISTA विनति आधा	NCE (Tick whiche	ever is applicable	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समय प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Akach Copy) उपपोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छत्पा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
				JESTING ASSIST ाये विनती का उर्दे		
Sr. No.			Medica	Reports/Prescr	riptions Attache	d
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से करी को गई प्रतिबेदन सूची संलग्न 1) fog nossis					
*	1 Jugarie	012		Nic	-	
	1			LIE-	Benje	Cataliact
1	Q	o 9111 /14 (	शारड	corth	O mmq	Lens camp
2	(X) U. 919	and CLE	DILO	COLL	1	7.17
			n en ( e	ME -DIIDDOSE"	from OTHER SO	MINCES
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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOU अन्य स्थीत का नाम			CE AMOU		UNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई महायता राशी
		DBCS				do001-

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोषणा 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायक्ष राशि "बोकिका फारन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पश्चि करता है कि जिस सहायश हेत यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकत किसी अन्य फ्रोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लिया।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा फरार)

- 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 प्रयत पर अपने हस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि फरता हूँ एवं "कांशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रपत्न में योपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, यन, यापना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी थी प्रसार याच्यान से प्रसारता करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूटे का निवान



## AGREEMENT by HOSPITAL (क्रम्बाल 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षण की ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से बितिय सहायका हेतू सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्तताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्गमान और न हो भविष्य में जितिय सहायका किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"
से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हारा महायता दिनति ऑशिकास्तर हेतु मन्तुर नहीं किस जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ने सन्तर प्रकार संस्था या किसी अन्य सन्तर में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लंगी।

2. "कॉशिका फाट-देशन" में ली गई महायत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाट-देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वार्न की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चुनिका या किस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## Pate of Surgery आपरेशन को तारीख Dr. Utsav Deep M. S.S.M.S UP M. S.S.M.S (Name Or Dr. & Regins No. With Stamp) 6 हाक्टर का नाम व हस्ताकर व रवि च FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताकर 2 जिस्सी हस्ताकर 2