SRF-C-24-08-0255

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 14-08-2024 APPLICATION No. 1 Building block of life आहेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX fem NAME of APPLICANT: आधेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिरा/बहुष्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षमान आवासीय पता Pourop Post op Satpal (0476) haml PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाउँ आवासीय पता about OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाप TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) NA कुल वार्षिक आग (आय का साध्य संलग्न) PAN No. FUE THE THEFT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever in applicable): Yes / No क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। तां ५ नही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. आपेट्रुक के साथ सम्बंध 1000 1000 क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (मर्थ) लिंग Anguta BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) BPL Card **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof वयभोक्ता कार्ड गरीओं रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प जाप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संतरन करें। (प्रमाण पत्र भी सामा प्रति संसान करें) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/हॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सुची संलग्न क्रम संख्या Catalact ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायशा राशी अन्य स्थात का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आनेदन द्वारा भोगमा 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये मधी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। मदि कोई विकरण एवं कथन असला प्राया जाता है तो मेरी सहायता निस्स्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सडायत राति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भार गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की नई है, उस राति का आंशिक ना सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोदर्गनयोजक/बोमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविधन में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेदक द्वारा करात)

- 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 प्रथम पर अपने हम्ताधर या अंगठे की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अगनी सक्षमित की पुष्टि काता हूँ एवं "काँशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आंधकृत करता हूँ कि मेरा गाम, पता, कोरो और को विवरण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनात्वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने वो लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इलाज के पक्षणे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसव हूँ कि भेग नाम, पता, फोटो और क्वियण जो कि सक्षायत के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को प्रस्तावहर या अंगूरो का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (SPRING SIT NETT)

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, हस्तावती को ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विकिय सहावता हेतू सिकारिश की आती है, जिसे इम (हस्पतात) निन्न प्रकार से मान्य य उन्होंकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य कोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या तो तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

में सिफारिश/विगति उक्त के सम्बय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गरद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति नाशिकारसकल हेतू मन्तुर नती किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से महायता लेने का अधिकार मुर्तकार राजना है। इस मृष्टि में स्मय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगारनेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किया किया कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की सारीख

14-08-2024

Dr. GARVITA JOSHI
(Name of the & Regn. No. with Stamp)
हाकटर का नाम व हस्साक्षर व गींद न

ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

(Name Pas Ganth As Amp of Althorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्तासर 2

11-04-2024