mam - C-24-00-15/9

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)					Koshika foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M 0824		PLICATION DATE	6/00/24	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: Raihi Devi			AGE-YEARS SHE	- art SEX ffr	9	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: (al	leet			AND MALE THE TANK TO THE TANK	
700	allor	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	हर्तमान आवासीय पता Kh	LMi	PASTE PI MAN COT - TT	
Mohahi	nadi U	AND POOLS	961505 स्थाई ओवासीय पता		Brand Poster	
		Same as Al	3760			
OCCUPATION: Bame maker . M.				MARRIED (RED)	MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 2600 (Garniy) (Attach Proof o						
PAN No. PUT GIRT TO ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No			
क्या आप आप कर दाता	है (जो मान्य हो उर	। पर सही का निशान लगाये।	हाँ / नह LY DETAILS परिवार			
Sr. No.	Name of Family Member		Age (Years) তম (বর্ম)	Gender ਇੰग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध	
प्रमालग	परिकार के सदस्यों का जाम		पुरु	M	den	
(3)	Subodh		42	h	don.	
9						
		BASIS for REQUESTING ASSIS	TANCE (Tick which	ever is applicable)		
		सहायता के लिये विनति अ	THIE	/		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अप्पा प्रति संस्थन करें।	उपमोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सहय	
		"PURPOSE" for RE सहायका हेतु कि	QUESTING ASSIST ये गये विनती का उर्द	ANCE: रिय:		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलयन					
क्रम संख्या	DIGADOSES RIE BINILE CATARACT					
	LIE SENTE CHIARRO					
	V V					
3	Swi	geny RIE	Jes Hi	the Pome	lers camp.	
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उप्देश्य के हेतू कोई अन्य	SAME "PURPOSE" सहायता किसी अन्य	from OTHER SOURCE	ES	
Sr. No.	NAME of OTHER SOL		RCE AMOUNT		H ASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहायना राशी	
(1)	OBCS				(00)	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं मही है। यदि कोई विकाण एवं कथन असत्य प्रथा जात है से मेरी सहस्यत निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्थापना राशि "कोशिकर फाटन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भार गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थन की गई है, उस दाश का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिख है और न ही पविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार करार)

- 1) By affuing 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 इस्ताक्ष्य या अगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुण्टि करता हूँ एवं "काशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और जो विकास इस प्रथम में मौसित है, उसे "कोशिका" एवम् नामी, रान, वाक्तात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी थी प्रसार माध्यय से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (अवदेक) इस बात से सहमत हूँ कि मंद्र नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहामता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहामता का हकदार नती बनाता। इस सन्बंध में "कोशिका" एथम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और अध्यक्षकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताधर या अंगुरे का निष्ठान

RTAPT

AGREEMENT by HOSPITAL (**PRINT BIT STUT)

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, हस्ताक्षरी की और से सामलेशीमी को "कोशिका फाउन्टेशन" से विविध सहायता हेतु सिपारीश की अभी है, जिसे हम (हम्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त सेपी/मामले में लेगे था ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिपारिश्विनीत उनत के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्टेशन" हात मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हात स्विध अन्य में स्वीतिका फाउन्टेशन होते के स्वीतिका कार्य के सम्बद्ध में स्वीतिका कार्य से सहायता लेने का अधिकार सुर्धका रखता है। इस पृष्टि में स्वयद बहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगालीयो।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहस्थत केवल चिटिय प्रकृति को है। ऐंगी पर हस्पताल द्वार दी गई मलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इल्डाब सुरक्षा और अपने बाने को मारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

Dr. Utany Deep M.B.W.M.S UP-M. OFReps No. 90746 Dr. Shlon's-Charity Eye
(Name, decinity Sahadaya
(Name, decinity Sahadaya
(Name, decinity Sahadaya
(Name, decinity Sahadaya)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION 317-

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हमताशर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षर 2

ع