APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 03-09-2020 Building block of life APPLICATION No.: आबंदन तिथी असमेदन संख्या : AGE YEARS MIT- TO SEX fein NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम FATHER S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमाने आवासीय पता PASTE PHOTO HERE Pereop Post of Bhuri (0514) PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आकासीय पता OCCUPATION: MARRIED (शिवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) **व्यक्तर**संस् TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक अस्प (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थार्व साला संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। र्स / तसी FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम टम (वर्ष) रिनंग जावेदक के साथ सम्बध nhkou aught Son Lau Mana 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 उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साहय (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतरम करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सप्रायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न कम संख्या

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

लो गई स्तायता राशी

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्वांत का नाम

Sr. No.

क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: अलंदक द्वारा प्रोक्ता 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 8 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.
- मैं यांपणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी किनरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्त एवं सती है। यदि कोई किवाल एवं कथन असल्य पाया जाता है जो मेरी सतायता निस्त की जा सकती है।
- 2.) मेरे द्वार जो सताबता गति "कॉरिका 'फाउन्टेशन", से ली जा सती है, उसका उपकोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकप में पर एया है:
- मैं पुष्टि करता है कि जिस स्वायता वंत पर प्रार्थना की गई है, उस ग्रांशिक वा सकत हिस्सा किसी अन्य श्रोद/निर्धानकस्वीमा क्राम्पनी से न तो स्तिया है और म ही प्रतिप्त में लेगा

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक व्यय 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 प्रयत पर अपने हस्तावर या अंगठे की बाप समाकर, मैं (आनंदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पति और जो विकाण इस प्रयत्न में फीएत है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याधना/था दूसरे उथ्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों को लिये किसी थी प्रसार माध्यम में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का कियाण मेरे इलाज के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात में महमत हूँ कि मंदा चान, पता, पोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् डमके न्यासिसों का निर्णय ऑक्स और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तामा या अंगूटे का निशान

P-selt

AGREEMENT by HOSPITAL (SPUBLE STO WELL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

1) that we neither are presently not 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

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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्होंबन" से विस्थि सहायका हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (इस्पतात) निन्न प्रकार से माना व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ती परिष्य में विशिष महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/प्राथले में लीगे या ले तो है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्हेंगन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंगन" इस परद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वार सामक्ता विनित अधिका-सक्तल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मन्द्राप्त से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्त रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मानले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा लोगे।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" में तो गई सहायता केवल पितिक प्रकृति की है। ऐसी पर ठस्पशाल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचारश्रीक्रमा का भुगव सेगी एवं इस्पशाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पशाल में रोगी के इलाज मुख्या और आने वाने की साथ जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पशाल की होगी और "कोशिका" को कोई मुस्का या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery ऑपोजन की जरिख 05-09-3024

Dr. GARVITA JOSHI

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न. ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

(Naid Child AND AND (Apthorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्यताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ा के लिए संस्तुति के लिए संस्तुति

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्तावसः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी इस्ताक्षर 2

Enfungel

lite