970m-6-23-02-1541 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभात) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE : आवेदन तिथी | 4 | 08 | 29 23 APPLICATION No. : Building block of life 0823 0515 आवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX Reit NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ro FATHER'S/SPOUSE'S NAME : anau 1 पिता/कटम्प का नाम NANHI DEC PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीग्र पता FOM-CTV-Obsel S.N. Valu Stance add he.gu AmDana PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता as upove Same OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Homemekon व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साह्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Relation with Applicant Gender Sr. No. Name of Family Member आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) स्लिंग क्रम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) **BPL Card** Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपधोक्ता कार्ट अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की डावा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की पूर्व प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या COLOUTION onite adnous COLIN MENDERICE OF ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतृ कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या 9000

## DECLARATION by APPLICANT: आगेरण द्वारा योषणा पत्र:

1) 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 fulli, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रकृत में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं रही है। यदि कोई विकाण एवं कथन अवस्य फया आता है जो मेरी सहायका निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायत रशि "क्रोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में हिए गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांश का आंग्रिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक बीमा कस्पनी से ने तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHREW THE WEEK)

 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.

 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 प्रथा पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे को छाप लगाकर, मैं (आनेरक) अपने सत्रमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंडेशन और उसके न्यूसीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपट में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचन/या दूसरे उद्देश्य से बुडी गतिनिधयों और उपलब्धियों की निसी की प्रसार साध्यस से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत का विकाल मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "अंग्रेशका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत 🕏

2) मैं (आवेरक) इस बात से सहसद हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहामता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थतः सहायता का हम्मीहर नहीं बनाता। इस सम्बंध में

"कांशिका" एवम् उसके न्यांसचें का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आचरफ के हस्साधर या तांग्टे का निशान

## AGREEMENT by HOSPITAL ( ##### git ###)

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 svail 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/gonducted 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 ओर से मामलेरोपी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से विविध महायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निर्म प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं। 1) यह कि न ते वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिप्तारिश/विनति उस्त के सम्बंध में "फोरिका फाउन्डेशन" द्वार मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहावता विनति अस्थिक सावास हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सतायता लेने का अधिकार सुर्रोशत रखता है। इस पुष्टि में स्नप्ट करा जाता है कि अस्पताले द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी

पैर सरकारी संख्या या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्हेंगन" से लो गई सहायदा केवल बिटिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाह रोगी एवं हस्यताल कं बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हत्यताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने आने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगों और "कोशिका" की कोई भूमिका या किम्मेशरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** ऑपरेतन की तारीख Authorised Signatory 14/08/2023 Monamme of Khon shund FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग तेत SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।

न्यासी इस्ताक्षा 2