MOM-G-24-09-0503

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखमाल)					Koshika
APPLICATION No.: M 092910555 APPLICATION DATE आवेदन तिश्वी 05				9/004	Building block of life.
NAME OF APPLICANT : Dashtath			AGE-YEARS STR-WY SEX FIFT		
FATHER'S/SPOUSE'S NAM	E: Sinday				NE DRUHFONTH OPSINGS IN
Jahai	PRESENT RES	DENCE ADDRESS	मान आवासीय पता स. ५.८५ ,		Pole - Pl
	CALLET PERONENT RES	IDENCE ADDRESS FA	(५०८ र्ह आवासीय पता		1300 403
		hie of		re	
OCCUPATION:	when		0	MARRIED (विवाहित	) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आव का साध्य संलग्न)			
PAN No. THE WINE WERE ARE YOU AN INCOME TAX	ASSESSEE (Tick whichever i	s applicable):	Yes / No		
क्या आप आय कर दाता है (	जो मान्य हो उस पर सही का नि	शान लगाये।	हां / नही DETAILS परिवार र्	वेवरण	
Sr. No. ग्रहम संख्या	परिवार के सदस्यों क	Name of Family Member A परिवार के सदस्यों का नाम		Gender लिंग	Relation with Applicant आयंद्रक के साथ सम्बंध
	Kamal			M	Sot-
	BASIS for	REQUESTING ASSISTA ायता के लिये विनति आधा	NCE (Tick whiche	ver is applicable)	
BPI. Card (Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्रग (प्रमाण पत्र की छापा प्रति ।	py) (Attach iii	S Certificate Certificate Copy) हप वर्ग प्रमाण पत्र हो सामा प्रति संलग्न करे।	(Attach Copy) हपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कथा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
		"PURPOSE" for REQU	UESTING ASSISTA गर्ग चिनती का उर्देश		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/वॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संसर				
24 404	Diagnosia RE - Serile Caturact				
	CE - Service Catoriant				
2.	Sungerry Rt SICS with Prints lend Grap				
	ASSISTANC	E BEING AVAILED for S. देश्य को हेत् कोई अन्य सह	AME "PURPOSE" तपता फिसी अन्य स	ब्रोत से लिया गया हो?	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SO अन्य स्थात का न				of Assistance being availed सी पई सहापता उसी
X17 11/010	DNZS				2000)

## DECLARATION by APPLICANT: आवेटक 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) में चोपण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पापा जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहामता सींश "क्रोशिक्ट फाउन्डेशन", से शी का खो है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रण में घर गया है।
- में शुप्ति करता है कि जिस सहायक तेतु यह प्रार्थन की गई है, उस शिल का आणिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोत/विधोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिचय में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक क्रय करा)

By affixing my signature or the use/publish/put-up/reproduce my use, medium, including but not limited activities/achievements. Such use my for which assistance is being requested.

impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to the address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" sted.

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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यानीयों " को आँधक्त करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विकास इस प्रयत्न में भौतित हैं, उसे "कोशिका" एकम् नामी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुछे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉरिंका" एवम् उसके न्यांस्थ्ये का निर्णय अतिम और बाध्यकारो होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक को इस्तावर या जीवे का निवडन



## AGREEMENT by HOSPITAL (TENER SIZ WOR)

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

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 को और से जामले योगी को "कोशिका काठ-देशन" से विदिय सहायता हैतु सिकारिश की जाते हैं, जिसे इम (इस्पताल) निन्न प्रकार से यान्य व स्वीकार करते हैं।

1) या कि न तो वर्तमान और न ही विविध्य में विदिय सहायता किसी गैर संस्थान या किसी उन्य स्वेद से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिकारिश मिनी उपन के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" इस मदद हेंगु कि है। योर "कोशिका फाउन्टेशन" इस सहायता कि को अस्पताल किसी अन्य में स्वेद कहा जीता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंगु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाइन्टेशन" से ली गई सहायता कोयल विशेष प्रकृति की है। सेंगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीथ का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का भोई दशाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूर्मिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery
आरंगुन की बहरीख

Date of Surgery
आरंगुन की बहरीख

Dr. MAZHARM KHAN

(Name of Dr. & Redin No. With Starrey

(Name of Dr. & Redin No. With Starrey)

(Name of Dr. & Redin No. With Starrey

(Name of Dr. & Redin No. With Starrey

(Name, Dr. Mazhara Area Starrey

on behalf of Hospital)

चिम्न व पर इस्पताल अधिकृत आधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अानारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर 2