Mom-C-24-08-2822

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखमाल)						Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :				DATE /	09/24	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: Sayavari			AGE-Y	ARS HIT	-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्भ का नाम	AME: SOUT	afuddden					
Muda		RESENT RESIDENCE ADDRE	ss वर्तमान आप http://	ासीय पता अ.d.e	нарич	O man back of all this	
Kheni, I	laid Maha	MANENT RESIDENCE ADDRE		सीय पता	0.2	bree Post	
		Same as	cebai	11			
OCCUPATION : व्यवसाय		Maker		L	MARRIED (Palitie	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	رعد	000 (family)			(Attach Proof of I (आय का साक्ष्य र	ncome) (सम्)	
PAN No. रथाई खाता संख ARE YOU AN INCOME T क्या आप आय कर दाना है	AX ASSESSEE (TI	ck whichever is applicable): पर सही का निशान लगाये।		Yes / No डॉ / नडी			
131 313 315 31C 300 Q	(30 10 9 61 50		FAMILY DETAIL		विवरण		
Sr. No.	Name	of Family Member	Age (Yea	rs)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवा	र के सदस्यों का नाम जिल्लाहरून	अम् (वा		श् <u>रि</u> ग	आवेदक के साथ सम्बध रिकार	
		201					
2.		laneet	43		M	Son	
				$\rightarrow$			
				_			
			-	-			
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTANCE (Ti ति आधार	ck whicher	ver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाना प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग ग्रमण पत्र (ग्रमाण पत्र भी छावा ग्रीत संलान	Land Hora	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की शाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			or REQUESTING				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलान						
1.	Diagnosis RE - Sonite Caturact						
			LE -	Sen	ile (ata)	raci	
2. Sungery RE SICS with PMM9 less Cump							
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PL	RPOSE" (	rom OTHER SOURCE	55	
Sr. No.	T	इस उद्देश्य के हेतू कोई NAME of OTHER SOL	IRCE	मा अन्य स्व	तत स त्तिया गया हा? AMOUNT	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	क्रम संख्या अन्य					सी गई सहायता राशी २००० /-	
		DACS					

# DECLARATION by APPLICANT: आमेरक द्वारा घोषणा 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 rine.

  3) I hereby confirm that I have not δ 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 भोषण करता हैं कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवस्थ मेरी जानकार के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवस्थ एवं कथन असत्य पत्य जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांत "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल में भरा गया है।
- में पुष्प करता है कि जिस सहापता हेतु पत प्रार्थण की गई है, इस गाँश का आशिक मा सकता हिस्सा किसी अन्य ग्रोट/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही प्रिथण में तुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आ神味 即5 年以)

- 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कांशिका कार्डडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसान माध्यम से प्रवारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाव को पहले या कर में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से शहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाय जो कि सहामता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् उसके व्यासियों का निर्णय अंतिम और बाव्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्तावर या अंगूठे का निवान



### AGREEMENT by HOSPITAL (अभवतान क्राय करा)

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.

हमारे अधिकृत, हरताक्ष्मी की और से मामले-रोगी को "कोशिका काउन्हेंशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की बजी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार से मान्य य स्थीकार करने हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिष सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्थीत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिशावित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हात महर किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्था या किसी अन्य सन्तायन में सहायता लेंगे का अधिकार सुर्वित रखता हैं। इस पूष्टि में स्थर कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी ग्रेग सावश्र या किसी अन्य सम्बन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेंशन" में ती गई महायत केवल वितिय प्रकृति की है। होगी पर इस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्डेंशन" इस किसी प्रकार का बोई दबाब नहीं है। इस्तिये इस्पताल में सेनी के इलाज मुख्या और आने जाने की सारी जिम्मेदारी सेनी एवं इस्पताल मी तीनी को इलाज मुख्या और आने जाने की सारी जिम्मेदारी सेनी एवं इस्पताल मी तीनी को "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं तोगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वाकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery अग्रेसल की तारीख Or MAZHAR NUKHAN (Name of Dr. & Regn. Hr. with Stamp) (Name of Dr. & R