APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

क्षम मंख्य

(Healthcare)

(स्वास्थय देखभाल)

Koshika

ली गई स्लायता राजी

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 13-09-200 APPLICATION No. 1 Building block of life. असमेयन सिधी आचेदन संख्या : AGE-YEARS आय-वर्ष SEX firm NAME of APPLICANT: आचेरक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE alata bad offe RUYO Pruop Post op Derail (0569) Madesh PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आवासीय पता OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) REPORTE TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) MA कुल चार्षिक आय (आय का साध्य संलान) PAN No. स्था वाल संस्था 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। क्षा / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. परिवार के सदस्यों का नाम आवेदक के साथ सम्बंध उम्र (वर्ष) क्रम संख्य ykshana 4 life M 19-17 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPt Cord EWS Certificate** Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र भी छापा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र को साथा प्रति मंतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सुधी 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? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No.

अन्य स्थोत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा गाँपणा 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.
- मैं घोषण करता है कि इस प्रक्रप में स्थि तम सभी कियरण मेरी सामकारी के अनुसार सन्त एवं मतो है। यदि कोई विकरण पूर्व कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सतायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायक गाँव "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकृप में परा गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थमा की गई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोळ/नियोजका/बीस कम्पनी से न हो लिया है और न हो परिच्य में लेंग।

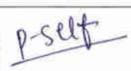
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 5 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.
- इस प्रयत् पर अपने इस्ताक्ष या अंगर्ड की क्षाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवनी सस्यति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका काउंडेलन और उसके न्यासीयों " को आंधकृत काता हूँ कि मेरा नाम, पता, पोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में मोशिस है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पावनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के रित्ये किसी भी प्रसार माध्यम रं प्रसारित करने के लिए अधिक्ट हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउरोंमन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) में (आलंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विसरण जो कि सहायता के टब्देरवों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नामियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

जानेदक के इस्ताधा या अंगुड़े का निशान





AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

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 aveil 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.

हमारं अधिकृत, हस्तक्षरी की ओर से मामलेशोगों को "कांशिका फाउन्बेशन" से विदिय सहायता हेतु विस्कारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न रूपीकार करते हैं। 1) यह कि न तो आर्मान और न ही धरिष्य में विशिष सहायता किसी पैर सरकारी संख्यान या किसी अन्य स्थीट से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, पैसे कि हमने "बोरितक फाउन्हेंगन" में मिफारिक्पविनीत उपल के सम्बंध में "कोशिका फरवन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायदा विनित ऑक्किएसकल हेतु मन्तुर नहीं किया कहा है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगीत्पामले हेंयु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सायन से नहीं लेगा/लेगी।

्र "कांशिका फाउन्डेशन" में भी गई महायता केवल विदिव प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्यवाल द्वारा दी गई सलाह पा किये गये उपचार/प्रक्रिया का जुनाव रोगी एवं हस्यवाल के बांच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाप नहीं है। इसलिये हम्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जो मारी जिम्मेग्री रोगी एवं हम्पताल को होगो और "कोशिका" को कोई धूमिका का जिस्मेचरी इस मामले में नहीं होगी।

NECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ARNAB MODAK ADMINISTRATOR

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

Dr. Monika Jasrotia DMC No.-5208

SCRH SAHARANPUR (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

13-09-2024

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हस्ताकार व र्राज. न.

नाम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आन्तरिक उपयोग हेत्

न्यासी हस्ताक्त 2

न्यासी हस्ताक्षर ।