APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखगाल)					Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/092	22 Building block of life					
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Bhavo	ini Shankar	AGE-YEARS 5	Control of the Contro	सिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S I पिता/कटुम्प का नाम		milal					
Craen	mayan	PRESENT RESIDENCE ADDRES	Kalan, Sa		Pureop Postop		
Khwid	1 Mist	ALL BOTH, DERMANENT RESIDENCE ADDRES	P. २०२। ३ इंड : स्याई आवासीय पता		(0634)Bhavani		
		same as a	bove		Shankar		
ज्यवस्थ्य . ८८ (१/1 ८)					(বিবাছিন) / UNMARRIED (अবিবাছিন) roof of Income)		
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता सरे	360	100/-		(आप क	सास्य संतान)		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान संगाये।	Yes/h ਲੀ/ੋ	ारी 📗			
782.40			AMILY DETAILS परिवा		Relation with Southeast		
Sr. No. क्रम संख्या	Nai परि	ne of Family Member वार के सद्भूगों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gende रिग	आवेदक के साथ सम्बध		
1.		4941 Devi	36	F	wife		
3.	Shivam		28	14	Son		
-	JA VOLTA						
3.							
	-		-				
			1				
		BASIS for REQUESTING A: सहायता के लिये विनर्ग	SSISTANCE (Tick which against	hever is applica	ble)		
BPL Can	BPL Card EWS Certificate			lation Card	Any Other		
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy)) (Attach Copy) उपघोक्ता कार्ड		Basis/Proof		
राज्या रखा के नाच प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसन्त करे।		अल्प आप वर्न प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न		स्थाकता काळ ही छाना प्रति संलग	न करे। अन्य कोई साध्य		
			r REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उर				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से करी की गई प्रतिवेदन सूची संस्प						
	RE- Catariact						
	LE- P.P.						
	127				WCLCO		
		Swige	MY- (RE	51	STPMMA		
		6	1				
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	न्य सहायता किसी अन्य	स्बोत से लिया ग	या हो?		
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR	RCE	All	OUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता गरों		
ज्ञम संख्या	DRES	75.7 5.88 25.7			2000/		
	- Maria Andread			-			
				-			
				+			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 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.
- 3) 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.
- में भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। मिद कोई विवरण एवं कमन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहत्वता निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाठ-केशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्येगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेंद्र यह प्रार्थण की गई है, उस गांश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोवक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आरेश्क 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 & 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 प्रपट पर अपने इस्तामर या अंगठे की साप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीखें " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिवला इस प्रपट में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय में प्रमारित करने के लिए आधिकृत है। मेरे प्रपट का विवरण मेरे इलाज के पहले चा बहर में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विचरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑलम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताकर या अंगूरे का निकारि स्मि

AGREEMENT by HOSPITAL (\$29000 200 WOT)

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:

I) 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 in the matter.

हमारे अधिक्र, इस्ताक्ष्मी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिरफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिल्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/यामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिरफारिश/वितित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" ह्माय पर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" ह्माय सहायता विनित्त आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य से किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्त रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायक कंवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा भी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी किसीएएक क्या की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या किसीशरी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. TANUJ GABA RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Ę dministrator स्वीकृती के लिए संस्तृति M.B.B.S. DNB Date of Surgery OMC-76487 Time Date (Name, Designation & Stance & Authorised Signatory on behalf of Hospital Dist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक ठपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यसी हस्ताक्षर ।