(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION DATE: 15/69/22 Building block of life APPLICATION No. : 0/23 आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS आपू-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT : rayalal 59 आयेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Dist. Mathuna Crideh niddon, .p. 281403 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता same as above MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: em व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME : (आय का साध्य संलग्न) कल वार्षिक आय PAN No. स्पाई खाता संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) लिम क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम and then 40 Dhasamyees BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Copy) (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) उपयोक्ता कार्ड गरीयाँ रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की ग्रापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संतप्त करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/हाँक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catanact semile Catanact ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् बोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रंत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वीत का नाम क्रम संख्या DRC 2000/-

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 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 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 for which this assistance is requested.
- 1) में योषणा करता हूँ कि इस जरूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया नाता है तो येरी सहायता निरस्त की जा सकत.
- 2) मी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेण, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अतंदक प्राप कपर)

- 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 प्रयत पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, वाचना/पा दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

DIUI ON NO

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:

(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

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised control advised by the Hospital in nature, the choice of the treatment between the patient, 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 की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका काउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाता है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य खोत से उक्त रोगी/मामाने में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफारिश-विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बद्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्रोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पूर्ण हैं।

के बीच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्प्रताल में रोगी के इल्डन सुरक्षा और आने जाने की स्पूर्णभीन्या राजी एवं सम्प्रकृत की होगी।

के बीच का विषय है और "कोशि की होगी और "कोशिका" की को	का फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्स पूर्णिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। T. IANUJ GABA RECOMMENDED FOR A	ताल में रोगों के इत्तान सुरक्षा और आने बाने की	A Character Ton de-Andrea
D	T. TANUJ GABA RECOMMENDED FOR A M.B.B.S., DNB स्वीकृती के लिए	CCEPTENCE संस्तुति	Administrator)
Date of Surgery ऑपरेल की तारीख Time	OMC-76487	on behal	amp of Anthonishd Signatory for Hospitall ব অধিকৃত অধিকাৰ্য
1	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	NDATION आन्तरिक उपयोग हेत्	- 2
SIGNATURE of TRUSTEE 1		SIGNATURE of TRUS	

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2