#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No.: APPLICATION DATE: 15/09/34 0924 Building block of life 0769 आवेदन संख्या आयेदन तिची AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 58 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आयासीय पता M AShura, West. 28 206 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 3ame as above OCCUPATION: MARRIED (विवारित) / UNMARRIED (अविवारित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) start in tem कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Relation with Applicant Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विगति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का ठद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Contarant catarant S un a ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य खोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या 2000/-ADB CS

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

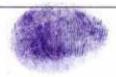
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & engoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that essistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 घोषणा करता हैं कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं छठी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्तत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो स्वायक राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग ठाती वदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घट गया है।
- में पृष्ट करता है कि जिस सहायता हेतू वह प्रार्थना की गई है, इस गिश का आशिक था सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पिक्य में मुँगा।

# 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/pul-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 प्रचा पर अपने इस्ताक्षा या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आनंदक) अपनी स्तामित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्यासीमों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पान, फोटो और जो विवारण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, शाक्ता/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंग्यन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा नाम, फता, फोटो और विवाल जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वट: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और आध्यकारी होया।

#### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थादक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्यकाल 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:

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.

हमारं अधिवृत, हस्तावारी की ओर से मामले गोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से थितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्गमान और न ही भविष्य में बितिय स्वायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

हो विष्यारिश विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सन्वाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल चिडिय प्रकृति की है। येगी पर इस्पताल हम्म दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" हाम कियी प्रकार का कोई दसाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की नाम किया है। हमलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की नाम किया हम्मिका में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख

16/00/24

PRAVEEN SEN SHAHI

(Name of Dr. & Regintation Aft Stamp) दल्टर का नामा साम्बन्धायस्य व संब- Date..... (Name, Designation & Stand Authorition Dignatory on behalf of Hospital)

Administrator

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताबर 2

Sil