AWR-C-24-06-0890

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE:08/0/25 Building block of life. 0125 आवेदन संख्या आवेदन सिधी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX fein NAME of APPLICANT : आबंदक का नाम FATHER'S SPOUSE'S NAME पिता/कटम्थ का नाम Man sha PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता Village-Harkhera malakhera 301406 Rajasthan-Postop PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई कावासीय पता Preop above OCCUPATION MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय termer TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 53000 कल वार्षिक आप (आय का साध्य संलग्न) NA PAN No. FUE BERT HERE 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। हाँ (नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Sr. No. Relation with Applicant Age (Years) Gender क्रम संख्य उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम स्तिंग MI BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रयाण पत्र की छाथा प्रति संशान करे। (प्रयाण पत्र की खाया प्रति संलग्न करे) (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संसम्प करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्य अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न -Sehile (01+424 (+ WILLY PMMI ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्य अन्य स्वांत का नाम WITT

DECLARATION by APPLICANT: SERVE DR VEYE VIL

- 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.
- 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.
- 1) मैं पोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये नये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सात्री है। यदि कोई किवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकतो है।
- 2) मेरे द्वार जो सदायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेत यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का ऑशिक का सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (SHREEK DR WOT)

- 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 प्रथम पर अपने हस्ताक्त या अंगर्ट को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउँदेशन और उसके न्यासीयों " को ऑपकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पात, पोर्टा और जो विवारण इस प्रयम में प्रांचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयम का विवारण भेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउक्टेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेत नाम, क्ता, फोटो और विवाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का डकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "क्षेत्रिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय ऑक्स और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के प्रस्तावर या अंगूरे का



AGREEMENT by HOSPITAL (ETFINE STO WER)

By afficing 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से भामले पीगी को "कोशिका फाठन्द्रेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की कती है, जिसे हम (हस्ताता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि ए तो वर्तमान और ए ही चीवक में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" हो सिफारिश/विन्ती उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हारा सहायता किसी अन्य से सहायता किसी अन्य मैं सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस यूष्टि में स्पष्ट कहा कला है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारों संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/विग्री।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायत क्षेत्रल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये अपकारप्रक्रिया कर चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" इस किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पता की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका था जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख YOGES Y YADAV
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Dr. Shroir & On behalf of Hospital) ।
नाम सामग्र हम्मान् अभिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तासर 2

Sufungel

lite