APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE 2119 APPLICATION No. 1 Building black of life. 10921 आवेदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS अपन-मर्ग SEX लिंग NAME of APPLICANT आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS, THE SHITH HIT VAN BreOP Tallete Mandya PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : बार्क आवासीय पता 0942 Kempamma CLOOVE, scome OCCUPATION: Home Makes MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आय का साक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्याई खाता संख्या 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 निजान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साथ सम्बंध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्या Shankaga 40 SAM r-l 20 NULYMORISTE BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के तिये विनति आधार EWS Cartificate (Attach Certificate Copy) Ration Card **BPL Card** Any Other (Attach Copy) Basis/Proof (Attach Card Copy) हपयोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसन्द करे। अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के तीचे प्रमाण पत्र मा कहि सास्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण यथ की साथा प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गाँ प्रतिवेदन सूची संलान क्रम संख्या Duagnosi catara ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गुरा हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE ली गई सहायता राशी Sr. No. अन्य स्त्रोत का नाम कृष संख्या LOOD OBCC (4)

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में मोपना करता हूँ कि इस प्रकृष में दिये गये सभी विवरण मंदी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सकी है। यदि कोई विवरण एवं कयन असत्य प्राया आढ़ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वार जो सहायता राज्ञि "कोशिका फाठ-बेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वायेगा, वो इस आरूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सी किसी अन्य स्रोतः/नियोजक/बीफ कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लेगा।

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 sollciting 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 sotely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 🜓 इस प्रपत्र पर अपने इस्ताश्वर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिकर फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृष करता हूँ कि मेरा नाम, फ्ला, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र दें घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यस्यी, धान, पावनायक दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिनिधयों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कीशिका फाउर्डेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) पै (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और किवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्मित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुर्त का निसान

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 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
- हमारे अधिकृत, इस्तक्षरी की ओर से मामले/सेगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विनिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) विम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो नर्तमान और न ही भविष्य में चितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त संगीत्मामले में लेंगे या ले रहे हैं, चैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से लिफारिश/विनति उक्क के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा यदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्ताधन से घहायवा लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेन किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग√लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। संगी पर इस्पताल हारा दी गई मलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्फाल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाने की भारी जिम्मंदारी रोगी एवं इस्पताल की होगो और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामाने में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के लिए व	CEPTENCE AND A STATE OF THE STA
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख 21109/21	(Name of Cr. & Regn. Mo. with Stamp) ाड डाक्टर का नाम क इस्लाकर व हीया द	Machager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	DATION आन्तरिक उपयोग हेतू
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ऱ्यासी हस्त्राक्षर ३		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
Confungal		let