MON- C-24-12-1718

## Koshika APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life APPLICATION No.: APPLICATION DATE : आयेदन तियो | 3 | 12 | 9 4 आवेदन संख्या : AGE-YEARS SITE-ET SEX तिनेग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Corbotata FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRESENT RESIDENCE ADDRESS MITTER SHRIFT VIII पिता/कटुम्म का नाम Rayum Pinani tenim nagan MAHalpi Priest PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थार आधासीय पता Hari 900 4 same as OCCUPATION: MARRIED (विवासित) / UNMARRIED (अविवासित) ख्वसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आव कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender वम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम कम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र जरूप काय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतियेदन सुची संलग्न क्रम संख्या latanact PURA HOLL contamach Rnile ENT Cambo UE SICE MILLY OFU ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. सी गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्य Now 0301

## DECLARATION by APPLICANT: SHIPE BILL THEN THE

- 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 घोषण करता है कि इस प्रकल में दिये गये सभी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। चरि कोई विकाण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहावता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राजि "कोशिका फाउन्देशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस धारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि दिस सहापता हेतु यह प्रार्थण की गई है, इस गति का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/नियोगक/पीमा करवती में व तो लिया है और न ही प्रक्रिय में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT ( anits gro work)

- 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की खाप सम्प्रकार, में (आयंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि मेरा कारिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवस्य इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार माध्यम के तिथ किसी पता प्रपत्न के तिथ प्रसार माध्यम
- मैं (आवेदक) इस बाट से सामात हूँ कि मेरा ताम, पता, फोटो और विवरण जो कि मतायता के टर्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और बाव्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इस्तावर या अपूर्व का निशान

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्तावरी की ओर से मामले/रोजी को "कोजिला फाउन्डेशन" से निरिय सहायत हैं। सिफारिश की बाती हैं, जिसे हम (हस्पताल) निरूप प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) व्ह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में निर्देश में निर्देश सकारता किसी गैर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य स्वीत से उद्यु रोगी/मामले में लेंगे वा ले तहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

- में सिम्मारिशाविनीत उपत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेलन" द्वारा मदद हेतु कि है। बाँद "कोशिका फाउन्डेलन" द्वारा सहायता विनात आशिकासकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्मातल किसी अन्य पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट यहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उसत रोगी/प्यामले हेतु किसी पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशका काउन्डेंगन" में ली गई सहायत्व केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल इस ये गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका जाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी को इलाव सुरक्षा और आने वाले की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery अपिशन की नामि

Dr. Utsav Deep M.S Unproverbrikt Regnition valuation(p) डास्टर का सम व इस्ताधर व र्यंत, र

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory For Schaff of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अस्तिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हस्ताभर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी हस्तासर 2

14/12/2022