Man- (- 24-17-2725 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE APPLICATION No. : Building block of life 100) आवेदन संख्या : AGE-YEARS STO-TH SEX frin NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER S/SPOUSE'S NAME: पिता/कडुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय परा RME ADJUMENTS 4000 RAF. Khunit Kninged Knemi, khunit PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : THE SHRIFT THE 4 June as abone OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) Home malor व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) (आय का सहस्य संलग्न) कुस वार्षिक आय amile PAN No. स्थाई 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 निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender परिवार के सदस्यों का नाम उप (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्य लिंग 20 0 Cath Hohan 10. **3**2  $\overline{\phantom{a}}$ 10 mg 3 dalu Rama Ko 22 ደለ PHINCHRAN MA 20 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** Any Other Basis/Proof **EWS Certificate** (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपधोक्ता कार्ड अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसरन करे। (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्द करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न कम संख्या tara nataract Phima en am ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत में लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम DISC anno

## DECLARATION by APPLICANT: MINES (IN WHITE 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 scientify 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.
- I hereby confirm that I have not A 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं नहीं है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है ते मेरी सहस्रक निरस्त की 🗷 सकती है।
- मेरे द्वारा को सहायता गांत "कांशिका फाउन्डेशन", गं ली का गाँत है, उसका उपयोग उसी उपेश्य की पूर्ति को लिये किया जायेगा, को इस प्रक्रम में भग नथा है।
- मैं चुच्च करता है कि जिस सतायता हेतु था प्रार्थना की पर्व है, का ठीत जा आदिक पा सकत दिस्सा किसी अन्य आंत्रनियोगक जीया कम्पनी से व तो लिया है और न ही प्रक्रिय में मुँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHORE ER STR)

- 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.
- इस प्रयत्न पर अपने इस्टाक्सर या अंग्रेट को छाप सरापकर, में (आर्थरक) अपनी सामित को पुष्टि काता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्यासोनों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा बाब, काता, कोटो और यो विकास इस प्रयत्न में मीथित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, माध्यक्त में उत्तर में पुढ़ो विशिष्टियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार माध्यक्त में प्रसार माध्यक में प्रसार का विवास मेरे इलाज के पहले में लिए "कोशिका फाउडोंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बत से सहमत हूँ थि मेरा नाम, पता, फोटो और निवरण जो कि सहायता के उप्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोहिका" एकम् उसके न्यासियों का रिजंप अर्थित और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेरक के इस्ताबर या अंतुरे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (WHOLE BIT WIR)

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, इस्तक्ष्मी की ओर से मामले/संगी को "कॉशिका फाटन्देशन" से विटिय सहायता हेटु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व तो वर्तमाय और व भी परिवाद में विशेष सहायता किसी में सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखेर से तका रोगी-पासले में रॉमें या ले रहे हैं, कैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हात सहायता विनति असिका-सकत होतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में स्थाप के विश्व सन्धान होते पर उक्त रोगी-पामले हेंतु किसी अन्य में स्थाप के विश्व अस्पताल हितीय पर उक्त रोगी-पामले हेंतु किसी मेर सरकारी संस्था का विश्वी अन्य सन्धान से सहायता लेने का अधिकार सुर्वित रखता है। इस पुष्टि में स्थाप कहा जाता है कि अस्पताल हितीय पर उक्त रोगी-पामले हेंतु किसी मेर सरकारी संस्था का विश्वी अन्य सरवार में नहीं लेक्ट लोगी।
- 2 "कॉरिका फार-देशन" से लो गई महायता केवल वितिय प्रकृषि को है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा से गई समझ या किसे गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव सेगी वर्ष इस्पताल के कोच का विषय है और "कोरिका पाट-देशन" द्वार किसी प्रकार का कोई स्थाय नही है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी विस्पेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोरिका" को कोई मृतिका या जिल्लेदारी इस मान्त्रों में नहीं होगी।

## Date of Surgery अपरेशन को जहेंख UP M. S. M. S. UP M. C. Mill Samp) Siezz का नाम व हस्तवार व र्राव व FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधिकार प्राप्त प्राप्त