Mom- C-23-12- 0683 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखधाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE, Building block of life. आकंदन किया ० ने 1212 3 असमेदन संसामा : AGE-YEARS SITE-IT SEX Tein NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटम्म का नाम RESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पूरा wongabas granda Dao a you want and a PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : PHE SHOTHING YOU above au OCCUPATION: MARRIED (Baller) / UNMARRIED (Maller) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक अव (आय का साक्ष्य संसम्म) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सारी का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS TRUE factor Name of Family Member परिवार को सदस्यों का नाम Sr. No. Age (Years) Relation with Applicant Geordee क्रम संस्था आवेदक के साथ सम्बध उम्र (यपं) लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनति आधार BPL Card Ration Card **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (ARtich Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की शाया प्रति संतान करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संशान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सतायता हेत किये गये जिनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसान क्रम संख्या cataract Diagno 818 Senile Contara (+ with Swyery 3105 mma ens range ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उददेश्य को हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी झन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या 000 DBC

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा 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 & 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.
- 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 चोबना करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रया कता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउनोशन", से ली का सी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायत होतु पह प्राचीन की गई है, उस गांश का आंशक या सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोत-नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

## 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 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 इस्ताधन या अंगर्ड की छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में फोविन है, उसे "कोशिका" एवम् नाम्यम से प्रमार नाम्यम से प्रमार करता के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पताले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सवायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बचाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यामियाँ का निर्णय और वाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान

Fight

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पतास द्वारा भरार)

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, इस्ताधरी की ओर से मामलेशोगी को "कोशिक फाटन्टेशन" से बिलिय सहायता तेतु सिफारिश की कती है, जिसे हम (हम्पतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिथ्य में बिलिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश्यिनीत उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" इस महायता किसी अन्य संकार के तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धायन से सहायता तिने का अधिकार सुर्धात रखता है। इस चृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायध केवल किंद्रप प्रकृति की है। गेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में गेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की चारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED F स्वीकृती के f	OR ACCEPTENCE लिए संस्तृति
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Rolgo, No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताकर व रवि. न.	(Name, Designmen's Stand of Authorised Signatory के क्रिकेट भेड़ कि
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	The state of the s
SIGNATURE of TRUSTEE 1 म्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
E	of mys	lit

in the matter.