MON-C-21-12-365

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION No.: APPLICATION DATE : **Building block of life** अरावेदन संख्या AGE-YEARS STIT - TOT | SEX THE NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 56 FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटम्भ का नाम WHE CHRIEN PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता RM: NUMEROPERS THOU behan pmo Behan erded forestop Han 1111-2627A Phan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवसीय पत about OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ल्यासाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थार्ग साला संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर शता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (गर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card EWS Certificate** Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रयाण पत्र की साया प्रति संस्तान करे। (प्रयाण पत्र की छाथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को साथा प्रति मंतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहस्यता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन सुवी संलग्न क्रम संख्या COM Big hair motoract 4114 PMINO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्य अन्य स्त्रोत का नाम DBC 900

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा श्रीवाणा 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 solemnty 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सारी है। यदि कोई विकास एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महापता राशि "बोलिका फाउन्देशन", से ली जो स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की धूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस महायत होतु यह प्रार्थना की गई है, उस रहि। का आरिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोट/नियोकक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँग।

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 spliciting 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 जरड पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ड को छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहयति को पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरन और उसके न्यासीयों " को अधिकृद करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो स्विदण इस प्रपत्न में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहापता का डकपार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके त्यांक्षियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगाः

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (granter gra war)

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.

हमारं अधिकृत, हस्ताकरों को और से मामले रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेंदु सिफारिश की जातो है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ले वर्तमान और न ही मिलाम में मिलिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीट से उक्त ग्रेगी-पासले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोतिका फाउन्हेंगन" से सिपपॉर्डर/बिनीत उक्त के सम्बंध में "कोतिका फाउन्हेंगन" हुए मदद हेतु कि हैं। यदि "कोतिका फाउन्हेंगन" हुए सहायता बिनीत आंतिक/सकल हेतु मन्बूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल बिनी अन्य में प्राच्या या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षण है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त ग्रेगी-पासले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा-लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्टेटन" ये शी गई सतायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार दी गई मलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इल्लब सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery

Dr. Utsav Deep M.B.B S. N.S WARNIE BROWN NOW 97/46

डाक्टर का नाम व हस्ताधर व रहि. न.

(Name, Designation से Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्यतान अधिकृत अधिकारी

Deepak Tripathi

and an ad beautiful

SIGNATURE of TRUSTEE 4

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक अपयोग हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नवसी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताशर 2

SIGNATURE of TRUSTEE 2