MOM- (-21-12-3180 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE Building black of life AGE-YEARS HIT-TH SEX RHT 67 Subhawati Vindhuchal
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता CVENT SHI PENNANTE The state of the same of the s ball NUO DUT Maheria PERMAYENT RESIDENCE ADDRESS : ROTE STREETING VITE samo ae a wine MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) Lanily (आय का साक्ष्य संलग्न) ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध Name of Family Member Age (Years) Gender परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महापता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof **EWS Certificate** (Attach Certificate Copy) तपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संतरण करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संसम्न करे।

APPLICATION No. :

NAME of APPLICANT :

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

आवेदन संख्या

आवेदक का नाम

पिता/कट्रम्थ का नाम

OCCUPATION:

कुल वार्षिक आय

TOTAL ANNUAL INCOME :

PAN No. PUIS RIIGI HISPIT

Sr. No.

क्रम संख्या

खवसाय

	वक्षाना भी भाग	de team of se	7.0		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	magnesin RE time catarag				tarant
	anguari)	A			Hanack
		0			
	Sungay A/F 9765	WITH	Fruma	Tens	camp
	ASSISTANCE BEING AVAILED for S.	AME "PURPOSE" I	rom OTHER SOURCES	1	
	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सा	प्रयता किसी अन्य स्त्र			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य मधीत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायता राशी		
	ppej		2000/		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा घोषणा 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 8 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्ररूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसर सत्त्व एवं सारी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहाराता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राशि "कोशिका भारन्देशन", से ली जो खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जानेगा, जो इस प्रक्रप में भर गया है।
- मैं पुष्टि करत हैं कि तिस सतायत हेतु का प्रार्थना मो, को है, इस शशि का आंशिक या सकल हिस्स किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही पविष्य में लिया।

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 agy 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 phose & 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.
- हर प्रदेश पर अपने हस्ताक्ष्म या अंग्रेट की छाप लगाका, में (आवंदक) अपनी स्वयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कंतिका कार्डद्रमन और दसके न्याकीयों " की अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फांट और जो जिन्दरण इस प्रपन्न में घोषिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्याको, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाम्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विवस्ता मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फांउद्देशन" व न्याकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कांशिका" एतम् उसको न्यांस्थां का निर्णय अतिम और बाण्यकारी होगाः

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदार के इस्तावर का अमृते का निवान

· Ktay pt

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:

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/propedure 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, हरताक्ष्मी को ओर से पापले तामी को "कोशिका फाउन्हेशन" से जितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तात्त) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भाविष्य में जितिय सहायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत में उन्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" सं सिकारीता/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हात्र महत्त है। इस प्राचित अधिकार कार्यक्त है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तव्यान लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय संदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहाबता केवल कितिय प्रकृति को है। होगी पर इस्पवाल द्वारा दी गई सलाइ या किये पर उपकार/प्रक्रिया का नुनाव रोगी एवं इस्पवाल के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पवाल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी किसीदारी होगी एवं इस्पवाल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेशन को वारीख Dr. Utsan Dago M.B.B .. M.S URam Gorgengal More and Surgery Silvery का प्राप्त को वारीख Surgery अधिकार का नाम व इस्ताबर व ग्रीच २ (Name, Deliverating A stand or Abthorised Signatory On behalf of Hospital) जाम व पर इस्प्तान अधिकृत अधिकारो FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक अभ्योग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 जासी इस्ताबर 2