| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखपाल) | | | | | | Koshika | | |
|--|---------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| APPLICATION No. : | M112 | 24/1027 | APPL | CATION DATE | 124 | Building b | ALIES THE PARTY OF | |
| NAME of APPLICAN आवेदक का नाम | Jaite | l na | | AGE-YEARS #13 | | | 112 | |
| FATHER'S/SPOUSE FURL/WGEN WI HTM | S NAME : | Tahlm | | | | | | |
| Village - | Si la Ptil | MINION | lad | 41.1 | ladon | WHE CONTRACTOR | ME JATTUAN | |
| | P | ERMANENT RESIDENCE ADDRE | SS: TH | ते १ १ - २ (वो आवासीय पता १२ च्या | 311.36 | Korled | poster(| |
| OCCUPATION : | Hon | e imalces | | | -MARRIED (THIRE | র) / UNMARRIED (কা | स्वाहित) | |
| TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक अध्य PAN No. स्थाई खाताः | OME: | of wolden | 14 | | (Attach Proof of (आय का साक्य | | | |
| ARE YOU AN INCOM | E TAX ASSESSEE व है (जो मान्य हो उ | (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगावे। | | Yes / No हां / नहीं | | | | |
| Sr. No. | 1 1 | ume of Family Member | T PROPERTY AND ADDRESS OF THE PARTY AND ADDRES | DETAILS परिवार हि Age (Years) | Gender Gender | Relation wit | ts Applicant | |
| क्रम संख्य | प | परिवार के सदस्यों का नाम | | उम् (वर्ष) | हिंग. | आवेदक के | साथ सम्बंध | |
| | | | | | | | | |
| | | Wil | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | , | BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये किन | SSISTA ति आधा | NCE (Tick whichev | er is applicable) | | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संतन्त करे। | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सम्या प्रति संस्थन करे। | | Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्पन करे। | | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य | | |
| | | | | ESTING ASSISTAL वे विनती का उद्देश | | | | |
| Sr. No. | | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिबंदन सूची संसान | | | | | | |
| | Magan | piagnasis | | | RIF SONIL CONTRACELT | | | |
| | 10, 1 | | | | Ser | ile Can | arrant | |
| | Alma | enu A | 1 | CI/I | WITH | PMMa 1 | em can | |
| | | | | | ~ | 7,200.00 | 19 | |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के होत् कोई : | | | | ES | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | | NAME of OTHER SOURCE | | | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गुर्द सहायता राशी | | | |
| | | 121377 | | - Poro | | 1000 | | |
| | | | | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पांचणा 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) में घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। घरि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकतों है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक राशि "कोशिका फाउन्सेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उपेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहापता हेतु पर प्रार्थना की गई है, उस शरिर का आंत्रिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक 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-upireproduce 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 प्रयत्र था अपने हस्ताक्षर या अगते की काथ लगाका, में (आवेदक) अपनी महम्मित की पुष्टि करता है इवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निनतम इस प्रयत्न में चौषित है, उसे "कोशिका" एयम् न्यामी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिनिधियों और उपलब्धियों को ब्लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इसाज को पहले वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहस्यत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवास जो कि सतापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्यता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांक्यों का निर्माय ऑतम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : सावेदन के इस्तावर या अंगूने का निकान

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.

हन्तरं अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर से मामलेपीगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) या कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में लितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वंत से उक्त रोगी/मायले में लेंगे या ले खो है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिका/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्दुर नही किया जाता है तो अम्पवाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेषु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से वही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्होंगन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हरण्याल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया कर चुनाव रोगी एवं हरण्याल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्होंगन" द्वार किसी प्रकार का कोई दखन नहीं है। इसलिये हरण्याल में रोगी के इलाक सुरक्षा और आने जाने की सारी किस्मेदारी रोगी एवं हरण्याल की होगी और "कोशिका" की कोई मुनिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपराजन को जागेख Dr. Utsav Deep आपराजन को जागेख Deep Managery आपराजन को जागेख Deep Managery M.B. M.S. 30746 (Name Regn. No. with Stamp) M.B. M.S. 10.5 (Name Regn. No. with Stamp) M.S. 10.5 (Name Regn. No. w