MON- C- 24-12-4896 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल) oundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: Building block of life 1046 आवंदन संख्या : AGE-YEARS MIT-TH SEX ferr NAME of APPLICANT : आवेटक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE Mahanis Ajgmahag PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : FIRE SHOTHING VIII 11100 MIEK a OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय mun TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card EWS Certificate** Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत उपभोषता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न 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 क्रम संख्या Angnosi MADE CO IV Cam ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्थोत का नाम Nous

DECLARATION by APPLICANT: SHIPE DIT WITH TE

- 1) 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.
- was requested by the.

 3) I hereby confirm that I have not 3 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 पोपण करत हैं कि इस प्ररूप में रिवे गये सभी विवाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवाण एवं कवन असाय वाण जात है जे मेरी सहायत निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गाँश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जो सी है, उसका उपयोग उसी डदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार 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/archievements. 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 इस्ताक्षा या अंग्रते की खाम लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑफक्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, जोटो और तो विवरण इस प्रपत्न में खोदित है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, टान, वावना/या दूसरे उद्देशय में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारत करने के लिए ऑफक्त है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंशन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा ताम, पता, पतेले और विवरण जो कि सहायता के उर्दश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांतियों का निर्णय ऑतम और व्याध्यकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

2-01774 11149

आवेदक के हस्तावर या अंगृते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (YAVINE \$11 WITE)

By afficing 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 resilter 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

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 ऑपन्त, इस्ताशारी की ओर से वामले सेगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पतात) मिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि ए से वर्तमार और ए हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रहते से उन्त सेगी-भागते में लेगे या ते रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से मिनारिश/वितीत उन्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आवास सकता है। इस कुछ में स्वार कही आवास सिकार के तो सम्बन्धात किसी अन्य गर किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता तेने का अधिकार सुराधात रखता है। इस कुछ में स्वार कहा करता है कि अध्यताल दितीय मदद उन्त रोटी-प्रमान हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन से नहीं लेगा-लेगी।

2 "कांशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंचल विहित्र प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वार यो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रॉक्ट्य का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कांशिका जाउन्होंशन" द्वार कियी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हम्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की साथै जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कांशिका" की कोई पृथ्विक या जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कांशिका" की कोई पृथ्विक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery trator Shipering Charity Evo Dr. U. Deop (Name of Dr. & UP MRESTERS FRANCE 46 Moham behalt of Hospital) नाम व पर इत्यताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 1 न्यासी इस्ताधर 2