MOM- C-25-01-147 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE आवेदन तिथी | APPLICATION No. : **Building block of life** 125 आवेदन मंख्या : AGE-YEARS STY-TH SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम Jano FATHER S/SPOUSE'S NA PRESENT RESIDENCE ADDRESS चत्रमान आवासीय पता पिता/कटुम्प का जाम anipunwa CIDAR NIMAGON Khesi PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता 2615m7 down Max OCCUPATION MARRIED (Patilled) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आग (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Sr. No. Age (Years) Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आल्प आय वर्ग प्रमाण पत अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति मंलग्न 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 सुची संलग्न क्रम संख्या Carlanact DULLS COTODOC Gra PIDIBLA IPILI CIM anth ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लो गई सहायता राशी अन्य स्थात का नाम क्रम संस्पा 730 an

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदस हात योगना पत्र:

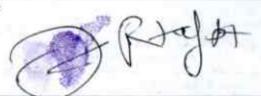
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 reimburnement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सारी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोत्तिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देशन की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि तिस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस राति कर आशिक या मुकल हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/नियोजक/बीमा कम्मनी मूं न तो लिया है और न ही परिवय में लूँग।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक क्रूग करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/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 इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, में (आयंदक) अपनी सहयोग को पुष्टि करता हूँ एवं "कांगिका कार्डदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जे विकल इस प्रथम में पीषित है, उसे "कांगिका" एवम् न्यासी, दान, यावकाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उच्चतिक्यों के लिये किसी की प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रयम का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कांगिका काउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदफ) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सक्षापता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहापता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय आदिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेरक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पतान क्राप्त करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 assentially 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/coordinate advised/coordinate 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.

हम्में अधिकृत, इस्ताधरी की और से मायले-पोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष महाच्या हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्त्याल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही प्रविध्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी-मायले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश विज्ञाति उक्त के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्देशन" प्राय पर हेतु कि है। यिए "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा स्वताति आहितक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया कात है तो अस्पताल किसी अन्य सन्त्राधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्ति रखाता है। इस पृथ्य में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उक्त रोगी-मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथप से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फार-चेशन" से ली गई सहायत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच कर विषय है और "कोशिका फार-चेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई दसाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाक सुरक्षा और अले जाने की सारी क्रियोदारी रोगी एवं हस्पताल की डोगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या क्रियोदारी इस मामले में नहीं होगी।

# Pate of Surgery आपरेशन की नागेश (Name of Dr. & Rego. No with Stamp) on behalf of Hopseign) जाम व वर हस्पताल आधक्त अधिकारों FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1

Sofungel

थासी इस्ताक्षर 2