(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE 21-02-APPLICATION No. : Building block of life 5/0004/1190 आवेषन तिथी आधेरम संख्या : AGE-YEARS अग्र-वर्ग SEX PM NAME of APPLICANT : आसंदक का नाम 49 12-15 Sunito FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS अतमार आवासीय पता PASTE PHOTO HERE 754120909th, NO SHUDDO rath, Saharianiwi, Preof Post of PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था अवसीय पता Sunita (1190) same as above OCCUPATION: MARRIED (Railed) / UNMARRIED (SIGNIES) Home Makey व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) // A 50,000 पुरा वार्षिक आय (आप का साक्ष्य संलान) PAN No. THIS THIRT THENT NA 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 / नहीं FAMILY DETAILS URING THEROT Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. क्रम संख्या परिवार को सदस्यों का नाम उप (वर्ष) लिंग आवंदक के साथ सम्बंध Tials BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Baala/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आप आप वर्ग प्रभाग पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संसम्ब करे। (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र भी साथा प्रति संसाय करे) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न क्षम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्वांत का नाम ली गई समस्पता छशी क्रम संस्का

DECLARATION by APPLICANT: अस्तिहरू द्वारा फीनणा 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 δ 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये अभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कवन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायदा निसत की जा सकती है।
- भेरे द्वारा जो सहायादा राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु का प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत किसा किसी अन्य खोलनियोजक/बीम कम्पनी से म तो लिया है और न ही पविषय में लैगा।

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 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 fulfillment 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 Roshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रयत पर अपने इस्टाक्षर या अंगडे की छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सबमाति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोड़ो और जो विवरण इस प्रयत्न में पोषित हैं, उसे "कोशिका" एक्स नामी, रान, याधना या दूसरे उर्द्रण से भुती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रमारित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आधेरक) इस बात में सहमत हूँ कि पंश नाम, पात, पोटो और विकरण जो कि सहायता के उर्दश्यों में प्रार्थित हैं मुझे स्वठ: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशका" एनम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT SHOULD RESSION : अवनंदक के हस्वाध्य या अंगूठे का निर्णाल

AGREEMENT by HOSPITAL (हमताल द्वार 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

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.

डचारे अधिक्त, इस्ताक्ष्य को ओर से मामले/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (इस्प्तास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार कारते हैं।

1) यह कि न सो मर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी मैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" झा। सदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काडन्डेशन" झार सहायता विनित्त आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया चता है तो अस्प्रातन किसी अन्य मान्य वा किसी अन्य सन्तायता से सहायता लेने का अधिकार सुर्वाचत रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्प्रातन दितीय सदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लंगी।

2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायक्ष केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा मी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने वाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रीमका या किस्मेदारी इस मामलें में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr. ENAKSHI ऑपरेशन को तारीख Reg. No.-109173 (Name, Designation & Stamp of Authorising Signatory) on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर इस्पवाल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2



Chique for a ficulton Allihovity of India

Applied that bring his sail state of the last st

Although Robbs Forth Committee Commi

3735 0212 2773

围

1000

