APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखमाल)						Koshika	
APPLICATION No.: A10323/ [22]			आखर	ICATION DATE : Ó५ । तिथी		Building block of life	
NAME of APPLICANT				AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX RHT		
अविदक्ष का नाम Soun-व				61	E		
FATHER'S/SPOUSE'S	NAME:			07			
पिता/कटुम्थ का नाम	-	PRESENT RESIDENCE ADDI					
101199e- 194	Ka, Ma	hand . Teh -	RESS HA	मान आचासाय पता	70		
Dillage Jac	,	sthan - 301405	213.11-3	00.111	-3	0 0 0 0	
Dist - Alwa	Preop Postop						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पाई आवासीय पता						1221 Santa	
		773 900 00				salua.	
occupation: Home maker MARRIED (विव						া) / UNMARRIED (অবিবারিত)	
कुल वार्षिक आय	S00.0	or Chamin	2		(Attach Proof of (आय का साध्य	ncome) संलग्न) NA	
PAN No. स्थाई खाता सं		Petro and the second and the shift to		W 18-7			
म्या अय आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	(Tick whichever is applicable): स्म. पर. सत्री. का. निशान लगाये।		Yes / (40') हां / पही			
			FAMILY	DETAILS परिवार विव	(ण		
Sr. No.	Name of Family Member		-	ge (Years)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम Hagir Siniah			उम्र (थर्ष)		Hushamel	
	Hier Singer			0.5			
			=				
	+		-	-			
	1						
	-	BASIS for REQUESTING सहायता के लिये f			is applicable)		
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Cop अल्प आय वर्ष प्रमाण प (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संल	rite Copy) (Att		Card Copy) कार्ड प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
				ESTING ASSISTANCI ये विनती का उर्देश्यः	E:		
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिचेदन सूची संलग्न						
	- Cikra						
-	Didami	DIABURD SE - MUCLEHR CHIARHU					
		CE + NUC	LEAF	CHIARP	C		
	TERM MELLINI THE TERM OF THE T						
1.2	The state of the s						
2	Sun eny - RE- SICS WITH PMMA						
	- 0						
			10				
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेत् कोई	अन्य सहा		ने लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUL				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई महाया। रात्री		
	Nitt						
	1						

DECLARATION by APPLICANT: अतमेदम द्वार भीषण 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.
- is opening 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.
- 3) 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 प्रकार में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सकी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असाथ प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति से लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता तंतु यह प्रार्थना की गई है, उस सींश का आशिक का सकता हिस्सा किसी अन्य खोत/विकोषक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविच्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक हाग 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 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 प्रयत्न घर अपने इस्ताबर या अंगठे की बाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेशे और जो निवरण इस प्रयत्न में सोधित है, उसे "कोतिका" एवम् न्यासी, दान, याचन्द्रपा दूसरे उन्देश्य से जुडी गतिकिथियाँ और उनलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विकाल मेरे इलाज के पहले या कार में करने के लिए "कोतिका फाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अववेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोशिका" एवम् उसको न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के प्रस्तावर या अंग्रहे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (SPERS SE WOLL)

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.

हमारे अधिकृत, इस्तावारी की ओर से मामलेटांपी को "कॉशिका फाउन्देशन" से वितिप सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तमान और न ही भविष्य में नितिय सहस्यता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से तकता रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कॉशिका फाउन्देशन" से सिफारिशायिनति उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्देशन" इस महस्यता दिनति आशिकारसकल हेतु अन्तुर नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्वायन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिनीय स्पर्ट उक्ता रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य आपन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेसन" से ली गई सहायण केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेसन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी को इलाज सुएका और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति CHARAN MASSEY Date of Surgery Dr. WAFI ANSAL ऑपरेशन को रागिख Administrator MS (OPHTHAL (Name Sheatfastion & Stamp of Authorised Signatory Reg. No DMC(9319 ith Stamp) on behalf of Hospital) नम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी ढाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रहि. न. ञान्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यारी हस्ताकर 1 जिल्लामुरी प्रेटिस