| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप | | | (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) | | | Koshika foundation | |
|---|----------------------------------|---|-----------------------------------|--|---|--|--|
| APPLICATION No.: 5 0324 1230 | | | APPLICATION DATE : 14-03-202 | | | Building block of life. | |
| NAME of APPLICANT: | | | AGE-YEARS SH | पु-वर्ष | SEX fein | - 400 | |
| Mes. Kalasho | | | 68 | | F | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का गाम | NAME: | y. Porakasi | 1 | | | | |
| Kund | Khen | PRESENT RESIDENCE ADDRES | Janan Pu | M. | | PASTE PHOTO HERE | |
| | Hanpus | desh 24712 | Tahan Pi | in i | | Pure of Post of | |
| | P | ERMANENT RÉSIDENCE ADDRES | ss: स्यार् आवासीय पता | _ | | Kalasho | |
| | _ | Same as | above. | | | (1230) | |
| OCCUPATION: | Ho | me Maker | 4 | 10 | |) / UNMARRIED (अविवाहित) | |
| TOTAL ANNUAL INCO मूल मार्चिक जाग | 45, | 000 (Family | |) (| ituch Proof of I आप का साह्य र | | |
| PAN No. THE THE T | | Tick whichever is applicable): | Yes / No | 0 | | | |
| क्या आप आम कर राता | है (जो मान्य हो उ | स पर सही का निशान लगाये। | र्स / ज | ले | | | |
| | | | AMILY DETAILS TRUT | _ | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Na Vi | me of Family Member खार के सदस्यों का नाम | Age (Years) ভয় (বর্ণ) | | Gender लिंग | Relation with Applicant आवंदक के साथ सम्बंध | |
| (1) | | akash. | 72 | | 9 | Husband | |
| (3) | | ymod | 5.3 | | M | Son | |
| (3) | KI | sap. | 49 | | = | Daughterin Law | |
| (4) | 1 | anika anush | 144 | | M | Gridna daughter | |
| | | | | | | , | |
| | | BASIS for REQUESTING A | | ever le | applicable) | | |
| THE RESERVE | | सहायता के लिये विना | त आधार | | | | |
| BPL Card (Attach Card Gopy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्बाधित संस्थान करे। | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की अध्य प्रति संलग्न । | (A) | Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संतप्त करे। | | Any Other Basia/Proof अन्य कोई साक्य | |
| | | | REQUESTING ASSIST | | | | |
| Sr. No. | | Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | | |
| क्रम संख्या | | अस्पवाल/डॉक्टर से जाये को गई प्रतिषेदन सूची संलग्न | | | | | |
| | Diagnosis - RE - Senile Catagoct | | | | | | |
| | | LE - Senide Catabact | | | | | |
| | CE OCUME CATAMACI | | | | | | |
| | | 3) | | | | | |
| | | Jungeny. | - LE - | SI | CS W | ITA PMMA | |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्देश्य के हेत् कोई अ | for SAME "PURPOSE" | from O | THER SOURCE | 8 | |
| Sr. No. क्रम संख्या | T | इस उद्दर्भ के हतू कोई अन NAME of OTHER SOURC अन्य स्त्रीत को नाम | | and et | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशो | | |
| क्रम शक्य | | अस्य स्थाप का गाप | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा पोपणा 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.
- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सत्ती है। मिर कोई विवारण एवं कथन असाथ पाथा जाता है तो मेरी महागता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहरचना ग्रांश "कोशिका फाउन्देशन", मे ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आग्रेण, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि दिस संशयका हेतु यह प्रार्थण की गई है, उस राशि कर अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रेत/नियोगक/बीमा कन्पनी से न तो लिया है और य ही धांतम्य में जीता

AGREEMENT by APPLICANT (असम्बद्ध 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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगर्ठ जी छाप लगावर, में (आवंदक) अपने सहपति की पुष्टि करात हूँ एवं "क्षोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करात हूँ कि मेरा नाम, पाने, कोरों और जो किला इस प्रयत्न में पोधित है, उसे "कोतिका" एवम् न्यासी, दान, व्यवनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेंग नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का ककदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय आँतम और बाय्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताव्य या अंग्रुटे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (**PRINT GIT) WORL)

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.
इसारे अधिकृत, इस्ताक्ष्य की और से मामलेचीमी को "कोशिका फाउन्हेशन" से सिविय सहयक्ष हेतु सिकाशित की खाते हैं, दिसे हम (इस्पताल) जिन्न प्रकार से माम के स्थापन करते हैं।

1) यह कि न तो कांमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से तक्त ग्रेगी/प्यामले में लोने या से रहे हैं, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" में मिफारिश/विनति उक्त के सन्वय में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा पर होते कि है। परि "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सहायता विनति ऑशिक/सकत होते मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यहर उक्त ग्रेगी/प्राथले होते किसी मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्रीशिका फाइन्द्रेशन" से ली गई सहायता क्रेंचल विलिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार पी गई सलाह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के मीन का विषय है और "क्रोशिका फाउन्द्रेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की नारी जिम्मेदारी रोगी प्रवं इस्पताल को होगी और "क्रोशिका" को वार्ष पुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. Parshant Singla Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख Reg. No.-109232 (Name, Designation & Stanto of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व राजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी ञान्तरिक दमयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर । न्यासी हस्ताकार 2





BR-139 96 -

3611 9107 0128



