Mam- C-24-02-1013 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत आवेदन प्रारूप (स्वास्वय देखपाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: **Building block of life** अगवेदन संख्या : AGE-YEARS आयु-सर्ग NAME of APPLICANT SEX Ren आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कट्टम्भ का गाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासीय पता CHIE WAS DOWN NW 70M-C-25-01-业约 W TO SE THOTO HERE evnya Tovasure. Kulaika uffan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : FUIE MINISTER VIII above Scince OCCUPATION: MARRIED (TOUTER) / UNMARRIED (STOUTER) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का भास्य संलग्न) PAN No. रथाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS TRUTT PURCE Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये वित्रति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रधाण पत अस्य आव वर्ग प्रचान यव **अ**पभोष्ता कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की छापा प्रांत संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साया प्रति संसन्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् कियं गये मिनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्रम संख्या अस्प्रताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न Diagnosi Suggesu mma ens camp ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा गोपण पत्र:

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 tiable for rejection/cancellation.

2) 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 mil.

- 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.
- मैं चोषणा भरता हूँ कि इस जलप में दिये गये नाथी विवश्ण मेरी आकारी के अनुसार सत्य एवं नाडी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहागाद वर्तन "कोलिका फाउन्देशन", मे ली जा रही हैं उसका उपयोग इसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सरायत हेतु पर प्रार्थन की गई है, उस लीग का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोठनियोनक केमनों से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

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 5 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

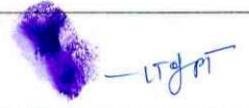
with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

 इस प्रयत्र पर अपने हत्ताक्षर पा अंगठे की छाप लगाकर, में (आयेयक) अपनी सक्ष्मीत की पुष्टि करक है एवं "कॉशिका फाउंडेसन और उसके न्याकीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एक्य न्यासी, दान, यासना/या दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विशास मेरे इलाज के पहले या कर में करने के लिए "कोशिका काउद्रेसन" व न्यासी अधिकृत है।

 मैं (आवेदक) इस बात से सहमत है कि मेरा कम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उन्हेंक्यों से प्राधित है पुछे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑहम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक को हस्ताधर या अंगुठे का निशान

पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगें।



AGREEMENT by HOSPITAL (EMPIRE SET WELL)

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेशीयी को "कोशिका काउन्टेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, दिसे इम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। पड़ कि न तो मांगान और न ही प्रविष्य में सितिय प्रहासत किसी गैर सामारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त रोगी/प्यायन में लीने या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिकविनीत उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा भरद हेतु 🖦 है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायक विनित्त आधिकारसकल हेतु मन्द्रा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था व किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राशता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा ताता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

 "कॉशिका फाउन्डेशन" में सी गई महायत केवल विविध प्रकृति की है। येगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का सुनाब सेपी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिवे हस्पताल में ऐमी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी ऐमी एवं हस्पताल की डोगी और "कोरित्वा" की कोई पुस्का या जिम्मेदारी इस गामले में नहीं डोगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन की लगेख Stamp of Authorised Signatory nother of Hospital) 10/02/24 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाय के हस्तान अधिकृत अधिकारी हाकटर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2