Mon- (-24-02-1317

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: APPLICATION No. : Building block of life आवेदन संग्रया : SEX fein AGE-YEARS आयु- वर्ष NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम anvagu THE PERSON NAMED IN COLUMN PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Khegu d ha.91 Du.91 ake Ban 10) 13100188h - 262 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 1415 STREET VOI CUS Spove OCCUPATION: MARRIED'(दिवाहित) / UNMARRIED (अधिवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का सक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आव PAN No. THE BIRL HET Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आब कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हाँ / नहीं FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. आवेद्धाः के माथ सम्बध ठम् (वर्ष) क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम सिंग 20 Koht mh Hul BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card **BPL Card EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसम्न करे। (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर छे, जारी की गई प्रतिब्रेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catanac haynost Vhma ame Ph 2) W (1 / 9 W 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. ली गई सहायता राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्या 11505

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnty 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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं धोषण करत हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायह निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्वापता शति "कोशिका फाउन्तेतन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया अवेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक या सकल दिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कन्मनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (आगेरक क्रम 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 δ 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 अंगर्ड की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विकाण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दल, याचना/या दूसरे उट्ट्रिय से जुडी गांतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यो प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस कत से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवस्त्य जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकाग्रर मही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और वाध्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगुरे का निशान

The LIGHT

AGREEMENT by HOSPITAL (तस्थलल इस 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 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, हस्तक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।
- 1) जा कि न तो वर्तवान और न हो भविष्य में विशिष सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान चा किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/पासने में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिक/बिनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए सहायता बिनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा बाता है कि अस्पताल हिताय मदद उक्त रोगी/भागले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका फाट-डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का युनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाट-टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूगिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	ACCEPTENCE संस्तुति
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13(02 24	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory And behalf of Hospital) নামু মাজ কম্মান আমন্ত্রী
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOL	INDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2
(5	aferyal	lite