Mom- c-24-02- 1132 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 13 (०2) Building block of life. 94 AGE-YEARS आपु-वर्ष SEX fem NAME of APPLICANT : FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत् ha 97 han Dun 51 Stant Kho Ozi You Van 191aclesh-PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधासीय पता Jame al above MARRIED (Parisa) / UNMARRIED (GRanisa) TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नही क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Relation with Applicant Age (Years) आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (Attach Copy) **BPL Card** Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साव्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसन्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से खारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न enile adwair 199 hos 12 www.c.t OPHILE

Lilloth

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सप्तापता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्वोत का नाम

143CS

 $\lambda \ln m u$ 

EW

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशी

SAMU P

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

आवेदक का नाम

पिता/कटुम्भ का नाम

OCCUPATION :

कुल वार्षिक आय

Sr. No.

क्रम संख्या

Sr. No.

क्रम संख्या

Sr. No.

क्रम संख्या

व्यवसाय

## 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 false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable 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 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहत्यता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउ-डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस सीश का आँशक मा सकल डिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अपनेट्ड 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 प्रयत्र पर अपने इन्ताक्षर या अंगर्ड को छाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका काउंडेशन और उसके न्याशीयों " को ऑफ्कृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, पतेंटो और वो विकल्प इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी नतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मंदा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहावता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहावता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बच्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक वो प्रस्ताधर या अंगूठे का निरान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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

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 essume 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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ले वर्तपान और न हो भविष्य में पिटिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थाट से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, नैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा पर्दा है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायदा विनित्त ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है ले अस्थ्याल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तापन से सहायदा लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्प्याल दितीय मदद उका रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका काउन्देशन" से ली गई सहायत केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हत्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फावन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	zizafit
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13   ०२  २4-	Dr MAZHAR MBUB S, M.S.F. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नम व हस्ताक्षर व रहि. न	Me Admin stration
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	INDATION आन्तरिक टपयोग हेतू
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
Ę	fugel	lier E