MOD- C-24-02-1728

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE आवंदन संख्या : आर्थेदन तिथी AGE-YEARS STT- TH SEX THE NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 91an FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आधासीय पता Muharcu Plax hang Proce 1+100 madesh - 26150 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Some as chove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Relation with Applicant Sr. No. Age (Years) Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम टाइ (चर्च) स्तिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** Ration Card **EWS Certificate** Any Other Basis/Proof (Attach Copy) (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) उपघोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संसप्त करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये जिनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंद्रज सूची संतरन क्रम संख्या catalia ct Denle flean poll Senile Catagact C+21-1 Phi . Camp () m.ma X) WHOW YO ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. **ली गई सहायता राशी** अन्य स्वीत का नाम क्रम संख्य 2000

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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.
- 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 घोषण करता है कि इस प्रक्रप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सतायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता सांश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्ररूप में घरा गया है।
- मैं पृष्टि करता है कि दिस सहायता हेतु पर प्रार्थना की गई है, उस स्तित का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतः वियोजकाशीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पिक्य में लेंगा।

## 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 & 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 प्रयत पर अपने हस्ताका या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत वरता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, यावना/या दूसरे उर्दश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रवत माण्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउडेंबन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवदेशक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकचार नहीं चनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय औतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेरक के अस्टाशर का अंगुटे का निशान

Riefer

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पवाल द्वरा 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

डमारे अधिकृत, इस्तक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न ले वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्योत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेंदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सदावता सिनति आधिक/सकल हेंदू मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंद्र किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई महायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई मलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Name of Dr. & Regn, No. with Stamp)  Elect of a state of KOSHIKA FOUN	(Market, Designation & Slamp of Authorised Signatory op behalf of Hospital) नाम च पुर अस्पताल आधिकृत अधिकारी
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताकर 2
S	fugel	lite