Mom- C. 24-02-1263

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप oundation APPLICATION DATE: APPLICATION No. : 224 6) आवेदन संख्या : आबेदन तिथी 61 AGE-YEARS STIT-TH SEX Firm NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम 9900 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JACABUT पितः/कटुम्भ का नाम 9a mongh C-1277- 24 05-18% PRESENT RESIDENCE ADDRESS बाह्मान आधारीय परा Exception of the Brudesh- 91 Naya Kheshi Uttar PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीव परा OWDOVE OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्य 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 परिवार विकरण Relation with Applicant Age (Years) Gender Sr. No. Name of Family Member आवेदक को साथ सम्बध उम्र (वर्ष) क्रम संख्या प्रतिवार के सदस्यों का नाम Soh m atuan Soh hn 10 564 Sun ugmahi m BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other **BPL Card** (Attach Card Copy) Basis/Proof उपघोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संतन्त्र करे। (प्रमाण पत्र की साया प्रति संसग्न करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या catagaca Senile ragnosi (atagral nmnqD (DICONU ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता छशी अन्य स्थात का नाम क्रम संख्या 20190 -TIBO

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

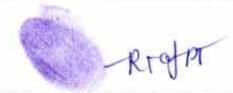
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राहि। "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा सी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर शया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि विश सतामता हेतु यह प्रार्थना की यह है, इस राति का आहित्क या सकल विश्ता किसी अन्य खेलानियोजकाशीय कम्पनी से न तो लिया है और न ही पुरिचय में लीव।

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 solety 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 अंगते को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गॉलीविधियों और उपलक्षियों के लिये किसी थी प्ररत्तर माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेंगन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं कतता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और ब्राध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्तावर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल हार 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, हस्ताक्ष्मों को ओर से मामले/रोगी को "कोहिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्प्तास) निम्न प्रकार से मान्य व स्थांकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत आँशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायश लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षात नहीं है। इस्पतिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सादी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

- 14	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	ACCEPTENCE Head	
Date of Surgery ऑपरेल को तारिख (6 02 24	(Name of Dr. sk Regn, No. with Stamp) डाक्टर का नाम वे हैस्ताक्षर व रवि. न	(Name; Designation) & Stamp of Authorised Signatory objectable of Hospital) মুখ্য ই ক্ষোৱাল অধিকৃত অধিকাট	r
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	JNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताकृर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
(5	refungel	ect !	