Mam- 1-24-02-4083

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)						Koshika	
APPLICATION No.: M/0324/1332 APPLICATION DATE: आयेदन संख्या :						Building block of life	
					SEX fein		
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्प का नाम	S NAME :	ulu			181	# AFM, 1673	
Murras	a ni	PRESENT RESIDENCE ADDI	The Denta	Khe	9ti	HOTO HERE	
	Utog	ERMANENT RESIDENCE ADDR	26 27 इ ESS : स्थार आवासीय			Bue las	
		Same 95	above				
OCCUPATION: HEMOTILE KET MARRIED (Paul						हेत) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल मार्थिक आय		260001- F	family)	tA) E)	tach Proof of साय का साक्ष्य	Income) संलम्	
PAN No. स्पाई खाता । ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निज्ञान लगाये।	Yes	/ No			
क्या आप आप कर पत	। क (जामान्य का व	स पर सहा का ।नशान तगाया	FAMILY DETAILS 1	/ नही स्वार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Na VI	ime of Family Member रेबार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	0	lender रितंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
				1			
	1						
			1	-			
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTANCE (Tick wi निति आधार	nichever is a	ipplicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Cop अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सुरग प्रति मेलर	th Certificate Copy) (A		rd py) हर्ष हे संलम्ब करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			for REQUESTING AS: रेतु किये गर्ग विनती का				
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	2)191	भस्पताल्य्डॉक्टर से जारी की गाँ प्रतिवंदन सूची संलग्न 1 99 NOSIX					
	11s esemble Cotavact						
	118 esemble Catavact						
	1	θ.		-			
	(S)W	1900cy NE	815	W	ith	Amma low cump	
		2 '			•	<u> </u>	
E		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहायता किसी अ	SE" from O' न्य स्वोत से f	लया गया हो?		
Sr. No. ऋम् संख्या	NAME of OTHER SOUR अन्य स्त्रीत का नाम				AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता उत्ती	
	1 OBCS					Soot /-	

DECLARATION by APPLICANT: आयेटक द्वारा घोषणा 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, 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) में पोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। मंदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहामक राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, तसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहादता तेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोद/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्राथिय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (असमेदक 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.
- इस प्रथत पर अपने इस्ताधर या अंगठे को साथ लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति को पुष्टि कता। हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रथत में फॉबित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/या तुसरे उत्देश्य में जुड़ी जीतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यप से प्रसादित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रथत का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्दश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के प्रमाशार या अंगुते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा 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, इस्ताक्षरों को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती हैं, जिसे हम (इस्पातन) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशिष सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे पा ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विशति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विश्वति आधिक/सकल हेतु पन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पातल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित तकता है। इस पूष्टि में स्थल कहा जाता है कि अस्पातल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी

ीर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगालेगी।

2. "कोशिका काउन्देशन" से ली वर्ष सहायता कोवल वितिप प्रकृति की है। रोगी पर हरणताल द्वारा दो गई मलाह या किसे गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हरणताल
के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये हरणताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्मेदारी रोगी एवं हरणताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूभिका या जिल्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery आँचीयन की नारीख Dr MAZHAR Arvira Mishra Manacyr-Administration (Name of Dr. & (Name of Dr. & (Name) Design No. with Stamp) हाकट का नाम व हस्ताक्षर व र्यंग व FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताक्षर 2 जिल्लामी