MOM- C-24-02-0189

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION No. : 1334 0329 APPLICATION DATE: **Building block of life** आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS अपू-वर्ष SEX शिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम mna PRESENT RESIDENCE ADDRESS TOTAL SHAPER VIII FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम 10:-MEM-C-24-03-081 Ambarea 0-120gokayin nath readul OHEX 9/2001 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आकासीय पता Same CUS Chove OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) रुवायस्था य TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाला संख्या 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 विवरण Age (Years) उस (अर्थ) Name of Family Member Gender Relation with Applicant Sr. No. क्रम संख्या आवेदक के साथ सम्बध पृक्षित के सदस्यों का नाम लिंग duagn Sing/ Liounnier 61+19 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को छामा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई/प्रतिवेदन सूची क्रंसनन क्रम संख्या Castally C-199 nosis CWILLIAM (+ ~9 PHL 19My 12mmg 701 1919 P.4CV ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य 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 राशी अन्य स्थात का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: अखेदक 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य चावा है तो मेरी सहस्थत निरस्त की ना सकती है।
- मों द्वारा जो सतायता गृश "कोशिका फाउन्देशन", से ती जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेल्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंतिक च सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (STREET BIT WITE)

- 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 प्रच्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में फोबित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए आधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्ज़देक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्दरयों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हरूदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्रोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्वकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

<u>ज्याचेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान</u>

AGREEMENT by HOSPITAL (ETHING BID WIT)

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, इस्ताशर्त की ओर से मामले-पेगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सक्षायता हेतू सिकारित की जाती है, जिसे हम (इस्पतास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- पह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होतन" से सिफारिस/बिनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा स्कायता बिनीत कोशिकासकल हेतु मन्तुर नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धापन से सहापता लेने का अधिकार सुर्वित स्थाता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रांगी/मायले हेंद्र किसी गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुन्दव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिप्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूभिका या जिप्पेदारी इस मामले में नही होगी।

	- स्वीकृत	ENDED FOR ACCEPTENCE ो के लिए संस्तुति
Date of Surgery ऑपंका की तारीख ा े अप	Dr MAZHAR N. KI M.R. D. D. M.SAE! (New Politic & Regit The With Sta siness on our of station of the o	(Name Designation) Stamp of Authorised Signatory
	FOR INTERNAL USE of KO	OSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोगे हत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताकर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
ξ	fugel	eit.