APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्यय देखमाल)							Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	1366	APPLICATION DATE: 19/01/23				Building block of life			
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Ram	AGE-YEARS SIG-SEX FINT							
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कदुम्म का नाम	NAME: Bha	dayli Ram							
Post	Parsan	PRESENT RESIDENCE ADDR	Pa	मान आवासीय पता गठेळाळू		-	Rueop Postop		
H		Dist. Hat			202	134	icap regrap		
		Same as a	bov	2					
SHIRL COOKED							त) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	42	000/-			(A	ttach Proof of आय का साध्य	Income) संतरन) NA		
PAN No. स्याई खाता स ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हाँ / नह	ft	1			
			_	DETAILS परिवार	विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Na Uf	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध		
- 1									
	1		1						
	1		+						
-	+		+	-					
		BASIS for REQUESTING / सहायता के लिये वि	ASSISTA नति आधा	NCE (Tick which	over is	applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र (प्रमाण एव की छाया प्रति संसम्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Copy)		tion Ca ach Co पोक्ता व सम्म प्र	py)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
				JESTING ASSISTA विनती का उद्दे					
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से कारी को गई प्रतिषेदन सूची संलग्न							
		RE- Catavact							
		L	E-	Cata	nac	4			
		Swigery (E) SICS + PMMA							
	-		0	0					
			-						
17 198		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहा			लया गया हो?	ent.		
Sr. No. क्रम संस्था		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम				construction of the second	r ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता ग्रशी		
	DBCS	DBCS				2000/			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदण द्वारा भीषणा पतः

- 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 & ong 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 subwas 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 arm for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा भरता हूँ कि इस प्रकृष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कपन जसरप पापा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की का सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक ग्रांत "कोशिका फाउन्देशन", में ती जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में पग गया है।
- मैं पुष्ट काल है कि जिस सहायत हेतु का प्रयंता की गई है, उस गिश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कप्पती से न तो लिख है और न ही पविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (STREET WITH)

- 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 प्रपत्र पर अपने हमताबर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) जेंगनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेसन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राम, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाध्यन से प्रसारित करने यो लिए अधिवृत्त है। मेरे प्रथत का विकारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉलिका काउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आमंदक) इस बात से मतमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकरार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हरताक्षर या अंगुठे का निजान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाल 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 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामले/पोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। मह कि न तो वर्तमान और न ही मधिम्य में वितिय सहस्यता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकत हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्थातत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या विसी अन्य सन्तरथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरद उका रांगी-पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

 "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। होगी पर हस्यताल द्वारा दो गई सलाह वा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाय होगी एवं हुस्सक के बीच का विषय है और "कोशिया फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकाव नहीं है। इसलिये हस्पाल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने को अहर किसीयार अंगी कि की होगी और "कोशिका" की कोई चूमिका या जिल्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator स्वीक्ती के लिए संस्तुति Date of Surgery M.B.B.S ऑपरेशन की खरीख OMO COMO (Name, Designation & Stanto of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हरपताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी हस्ताधर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2