# MOM- C- 25-03- 1978

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वस्थय देखपाल)							Koshika foundation		
APPLICATION No.:	MINZ	25/1369	APPLI	CATION DATE	रोप्र	<	Building b	lock of life.	
NAME of APPLICANT	-	3/00/		AGE-YEARS		SEX लिंग			
आवेदक का नाम	Ram	P- 1		65		M	No.	130	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:									
पता/कटुम्म का नाम	7	PRESENT RESIDENCE ADDR	RESS IN	पन आवासीय फ	al .		SECURITY OF THE PARTY OF THE PA	OF LOCAL MEN CALL	
Raulic	o sas	ethu i Ch	2311	UHa	4			01/4	
PHadesh - 262 736							Robert	Topous	
	1,8010	ERMANENT RESIDENCE ADDR	KESS: HAI	ई अव्यक्तिय पत		1			
	-3	UI V	444		-				
OCCUPATION :	Faren	nen_			4 160	RRIED (Raille	त) / UNMARRIED (आ	देवातिल)	
व्यवसाय FOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आप	ME: 45	wol/	100			ttach Proof of आय का साक्य		SS 0 C 40.	
PAN No. स्थाई साता स								4.5	
ARE YOU AN INCOME हवा आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE है (ओ मान्य हो ट	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निरहन लगाये।		Yes/N	क्षी				
				ETAILS परिवा		Gender	Paintion wi	th Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			Age (Years) उप्न (वर्ष)		लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध		
	4								
				1/3/1					
				2					
			-			_	1		
4 00		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये हि	ASSISTAN	CE (Tick whic	hever is	applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाथा प्रति संसन्त करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाषा प्रति संतरन करे।			Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य		
		-PURPOSE	for REQU	ESTING ASSIS	TANCE		*		
		सहायता		ये विनती का उ		s Attached			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारो की गई प्रतिबंदन मूर्वी संलग्न							
	programs Reserve (as								
	RIE SERLIE LONGET								
	0. 0. 0.								
	Horawy RIE SICO WITH PRIMO 18ND Camp								
								- U A	
		ASSISTANCE BEING AVAIL	LED for SA	ME "PURPOSE	E" from ( स्त्रोत से	THER SOUR	CES		
Sr. No.		NAME of OTHER SE	OURCE	Will bring and	T	AMOUNT	of ASSISTANCE BEIN	G AVAILED	
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम			2000			ली गई सहायता ग्रेशी		
	6317					( ""			
	_								

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वरा 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 & origoing 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.
- में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असाय गाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा सकती है।
- 2) भी द्वार जो महासक राति "कोशिका फाउन्टेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में परा पास है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता हेतु यह प्रत्येन को गई है, उस ग्रीश का भारतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोतानियोजक/बीमा कम्पनी में न तो लिया है और न ही प्रांक्ष्य में लीगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHEEK SHI WAR)

- 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 fulfillment 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 प्रदार पर अपने इस्ताका या अंगटे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सामति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्ते और जो किया इस प्रपत्त में भौषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, मानग/का दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र कर विकरण मेरे इसाब के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाउडेंसन" क न्याकों अधिकृत है।
- 2) मैं (जानंदक) इस बता से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यामियों का निर्णय ऑत्स और कार्यकारी होगा।

#### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रमास्त्र या अंगूठे का निवाल



## AGREEMENT by HOSPITAL (CHIEFE DE WOLL)

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.

हमाँ अधिवृत, हस्ताक्ष्यों को और से मामले रोगों को "कोशिका फाउन्तेशन" से थितिय सहायता हेतु सिफारिश को जाते हैं, जिसे हम (हम्पताल) निभ्न प्रकार से माना व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो नर्तमान और न ही भविष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहें हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सहायता विनति आशिक/स्कल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य पर किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्गक्ता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायत्र केवल विशिध प्रकृति को है। येंगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रॉक्रम का चुनाव सेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई रचाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में सेगी में इलाज सुरक्षा और आने वाने की सारी विस्मेदारी सेगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रॉमका पा विष्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Deepak Tripathi स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** व्यंपोशन को सरीख Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp); 6 on behalf of Hospital) क्षितरा सा. पान व हस्साधार व राज ने न्यम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मान्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्ष १