APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल)					Koshika
APPLICATION No.: M 0325 14 0 APPLICATION DATE (तार्थर विश्वी 35 05) 18					Building Nock of life.
NAME of APPLICANT आवेदक का चम	4	nni	AGE-YEARS	अयु-वर्ष SEX लिंग	d ra
FATHER:S/SPOUSE:S पिता/कटुम्प का नाम	NAME:	Ram autor			OR MUNET DERROTES
Shahjar	ba hay	Tala Paha HOT ERMANENT RESIDENCE ADDR	Inadocha	29 1201	Proper Photo Higher
OCCUPATION:	hom	e malor		MARRIED (RIGHE	T) / UNMARRIED (अविवाहित)
rotal annual inco कुल वार्षिक आय	ME: 30 1	ron / Jan	rily	(Attach Proof of i ( আৰু কা মাধ্য	iricome) संतर्भ
AN No. THE GET H THE YOU AN INCOME HI SHY SHY BY CHI	ख्या TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes /	No Hall	
			FAMILY DETAILS परिष	हर विवरण	
Sr. No. क्रम संख्या	N N	Name of Family Member अस्तिर के सदस्यों का नाम		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
8	f	inku .	27	и	SON
		BASIS for REQUESTING / सहायता के लिये विक		hever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण यत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संसम्न करे।		(Attach Certificate Copy) (Atta अल्प आय वर्ग प्रयाण पत्र		Ration Card Attach Copy) प्रभोक्ता कार्ड की सम्बा प्रति संतरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्य
			for REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उर		HAMP AND
Sr. No. क्रम संख्या	Madical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आरी की गई प्रतिवेदन सूची खेलून				
	Biognosis Rie senille contanuit				
	0	۸.		• 0	. 1
-	Auge	ny RIF	ra w	I'm Pru	la line ramp
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य को हेतू कोई (	D for SAME "PURPOSE	" from OTHER SOURCE	S
5r. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SCU अन्य स्थोत का नाम	RCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी	
			DRCI	20	7 00
			and the last		

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा परिचा 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) में योपणा फरता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण दर्व कथन असाथ पाया जाता है है। मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका काउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अस्तिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही धीवव्य में लैगा।

## 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 solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रयत पर अपने हस्तावर या अंगठे को काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में संविध है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गर्तिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- में (अववेदक) इस बात से सहस्वत हैं कि मेरा नाम, फां, फोटी और विवास को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहस्वत का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांशिका" एवम् असके न्यासियों का निर्णय ऑस्प्र और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के शरताधर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (ERVINE DID WICK)

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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिरकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्क्रेत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/बिनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनाह ऑसिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया बता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कड़ा जाता है कि अस्यताल द्वितीय यदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2 "कोशिका कार-देशन" से ली गई सहायता केवल खितिय प्रकृति को है। रोगों पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाब रोगों पूर्व हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका कार-देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दयाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगों और "कोशिका" की कोई पूर्णिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery अधिरात को लाग के लिए संस्तृति

Dr. Share of Pathi

(Name Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हालर का नाम व हस्ताल व गींच न

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

(Name Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

माम व पर हस्पताल अधिकारो

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्ताक्षर 2

प्रिक्तिस्ताक्षर 2