APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)						Koshika	
APPLICATION No. : अधेदन संख्या :	M/032	5 1422	APPLICATION DATE	103	125	Bulleton Mock of life.	
NAME OF APPLICANT : Ghungi			AGE-YEARS	AGE-YEARS वर्षु-वर्षे SEX लिंग			
			10				
FATHER S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	5 NAME :	Balder				ker sendet ON GARRES	
0		PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS वर्तमान आवासीय प	46		CANADA TOTAL	
Sapa	ha All	Honga bay				PTOGGE Pustol	
	4.4	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	Prodesh	26	505	100	
			100 4 f				
				-			
OCCUPATION: for men MARRIED (BANK						T) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO		000/-			ttach Proof of आय का साक्ष्य		
PAN No. 관리 행리 F	र्मछव (		12.71				
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/N	स्त्री			
FAMILY DETAILS परिवार विवारण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender						Bahalas allh A-all-	
क्रम संख्या	परि	परिवार के सदस्यों का नाम			हिंग हिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
		6.011					
		NIII					
	-						
	1000						
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन		hever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साला प्रति संलान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग ब्रमाण पत्र (ब्रमाण पत्र को सम्पा प्रति संतरम	(A 75	Ration Card (Attach Copy) তথ্যাকরা কার্য্র (মুনাগ যর ক্ষা ভাষা মুঠি ন		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य	
			or REQUESTING ASSIS				
Sr. No.	T	Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	Succes	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिचेदून सूची संलग्न					
	Brighopis RESPALL CONTAINENT						
	RE Sent catalact						
	Aug	Muse of the second second					
	Dino	Surgery RESIG WITH THING IEN COMP					
		1					
		V					
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के डेत् कोई उ	for SAME "PURPOSE	from O	THER SOURCE	16	
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR	RCE	1		ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्थोत का नाम			290-	ली गई संहायता उशी	
		020	-		×000		
						1	
	_						

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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 & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solernity 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.
- मैं भाषणा भारता है कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवशण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवशण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सतापता राशि "कोशिका फाउन्बेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायत हेतु वह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोकक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पंक्रिय में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक हार करत)

- 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 प्रत्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आयेदक) अपनी सहमति की पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑफकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवारण इस प्रपत्र में खोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा लग, फोटों और विवाश जो कि सहायता के उप्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा:

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगूठे का निशान

14967

DIEEMENT by HOSPITAL (STATE OF WAR)

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 ऑफ्लूत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले येगी को "कोशिका फाइन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफर्परश की जाती है, जिसे हम (हस्यातल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो नतंपन और न ही परिषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उत्तर रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफार्गेशर/विनति उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा प्रतायता विनति आंशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्त्रायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षण रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मन्द्र उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर हरपताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव शेगी पूर्व हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई द्याव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पूर्मिका या विष्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीक्ती के लिए संस्तुति Deep अ Tripathi Date of Surgery ऑपरेशन की तारीका (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) पि वास्टर का नाम व इस्तावस व रहि च FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) वास्टर का नाम व इस्तावस व रहि च SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 1
वासी हस्ताक्षर ।
Suffered Signature of Trustee 2
वासी हस्ताक्षर 2