APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)							Koshika	
APPLICATION No.:		1441	APP आवे	APPLICATION DATE :06/02/23		02/23	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT : Satish				AGE-YEARS अपू-वर्ष SEX F		SEX Refr		
FATHER'S/SPOUSE'S । पिता/कटुम्प का नाम	NAME: Ma	ti Ram					1	
-Danu	a mah	PRESENT RESIDENCE ADDI					POTEOS POSSOS	
	Р	Same as a						
OCCUPATION:	Far	met			M	ARRIED (विवाहि	ন) / JINMARBIED (ভাইবাছিল)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	ME: . 30	1000/-			(A	Attach Proof of आय का साक्य	Income)	
PAN No. स्थाई खाता संद 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				
			FAMIL	r DETAILS परिवार	marile desired;	ATT		
Sr. No. क्रम संग्रपा	Na Vi	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेरक के साथ सम्बध	
			+		_			
			$\mp$					
			$\pm$					
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये ह			ıver is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काम प्रति संसाम करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		opy) हार्ट	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सार्च	
				NUESTING ASSIST गर्वे विनती का उद्दे				
Sr. No. क्रम संख्या	5. [조막 10] 다른 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10							
	RE- Cataract							
		- L	E-	Catar	1an	+		
				-6	_			
	Surgery - (RE) SICS+						+ PMMA	
			-					
10.7		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for S	AME "PURPOSE" शवता किसी अस्य म	from G बोत में	OTHER SOURCE	ES	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE						of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहामता शरी	
7				2	2000/			
2								

## DECLARATION by APPLICANT: अध्येशक द्वारा योगमा चत्र:

- 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकारण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी महाया। विरात की जा सकती है।
- 2) मेरे इस जो सहायता राशि "कोशिका काउन्तेशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया वायेगा, जो इस प्रक्रय में भर गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहस्यता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गाँव का अधिक या सकत किसा किसी अन्य खोतानियोजक/बीमा कम्पनी से प तो लिया है और प ही धांबच्य में लिया।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवंदक 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 प्रपत्र वर अवने हस्ताकर या अंगते की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुण्टि करता हैं एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, व्या, फोटो और वो निवाण इस प्रपत्र में भीपित है, उसे "कांशिका" व्यम् न्यासी, दान, वाचनान्या दूसरे उद्देश्य से जुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवाण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउंडेसन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात में सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित हैं मुझे स्वत: सहायता का हकदार जो बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांमयों का निर्णय अतिम और बास्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्टाक्षर या अंगूठे का निकान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इसलास द्वारा 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 in the matter.

हनारे अधिकृत, हस्तावारी को ओर से मामले/ऐगी को "कोशिका फाटन्डेशन" से वितिय सहासका हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उसत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिम्मारिक/चिनित उकत के समय में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा मदद हेंदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/सकाल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षाता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी मैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेग/लेगी।
- 2. "कॉशका काउन्देशन" से ली ग्रां स्तान्यता कंवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्प्वाल प्रता दी गर्व स्थात या किये गये उपचारप्रक्रिया का भूनव रोगी एवं इस्प्रकृति के बीच का विषय है और "कोशका पाउन्देशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को नाम दिस्पेरारी रोगी प्रविक्तान की होगी और "कोशका" की कोई पृथ्वित या विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTE स्वीकृती के लिए संस्तुति	Administrator 3				
DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS DMC - 48540 (Name of Dr. & Regn. No. with Sharip)	(Name, Designation & Stamp & Bettion and Signatory on behalf of Hospital) নাম ব ঘৰ উম্মাল স্থামিক্র স্থাম্কার				
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	v अन्तरिक उपयोग हेतू				
ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्तावस 2				
Jungel	lier E				
	स्वीकृती के लिए संस्तुति  DR. SIMRAT CHANDI  MBBS, MS  DMC - 48540  (Name of Dr. A Regn. No. with Sharip)  हाक्टर का नमें व इस्तासर व रीव र  FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION				