APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 1)11 2021 APPLICATION No. : Building black of life 1121 आयेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEAR5 आयु-सर्व SEX लिंग NAME of APPLICANT: Boramma आवेदक का नाम 70 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: WIO BOXEGOWALER PRESENT RESIDENCE ADDRESS THEFT STEPHEN VAI पिता/कटुष्य का नाम muddaha oppalu DODGOGGGGGG nagarcingal PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता PRE OF POST OF 1486 - BORAHMA OCCUPATION: MARRIED (विदाष्टित) / UNMARRIED (अविदाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) 30,000 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) AN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / Na क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निज्ञान लगाये। हरें / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उंग्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध 10 BOYE COWNO 80 Husbend BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Atlach Certificate Copy) Retion Cerd (Attach Copy) Any Other (Atlach Card Copy) Basis/Proof - हपर्घीवता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की स्थया प्रति संलग्न करे। (प्रमहण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Atlached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Carterract RG- CONSTRUCT OF PCTOI ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्त्रीत का नाम

Sr. No.

क्रम_सुंख्या

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशी

90001-

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक हारा घोषणा पत्र:

- 1) 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.
- 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 such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avait 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये राये सभी विवरण मेरी व्यनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्हेरान", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- वै पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोतः/नियोजक/बीमा कस्पनी से न तो लिया है और न ही शिवाय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनंदक ट्रांग 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.
-]) इस प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या आंगठे की छाप लयाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पक्षा, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में फोबित है, उसे "कोशिका" एवम् त्यासी, दान, याचन⊬या धूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउटेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेध नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याप्रियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हालाक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 5 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 will.
- 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.
- हमारे अधिकृष्ठ, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पतास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तयान और न ही भविष्य में दितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिशा/बिनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाय प्रदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा प्रहासता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था का किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल दितीय यदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
- गैर घरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्स्वाल द्वार दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच को चिषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिप्नेदारी रोगो एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृष्कित या जिप्मेदारी इस भागा में जिसे होगो।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. Nacresh B N Date of Surgery Mr. Lakshmipathi N Consultant, Medical Superint: ऑपरेशन की तारीख Warne Manager Outreach Warne Designation & Stame of Authorised Signatory Comea, Cataract & Refractivo : (Name of Sr. & Regn. No. With Stamp) 111/21 (A unit of Shradd bred of the Market)

16/M. Thimmalair Road William Area STREAM AND AND AND THESE आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2