C1546 7/18

(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE Suitaling block of life APPLICATION No. : 009 आपेदन तिथी आयेदन संसमा : AGE-YEARS -STIT-TIT sex लिंग NAME of APPLICANT आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/करम्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS UNITY MUMBLE HIS athorized Tible ille a-e + Sattle imit aanbat Postop Preop PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आयामीय पता 0109 Shiv Kumar OCCUPATION: MARRIED (RRIFER) / UNMARRIED (MONTER) त्ववंत्रसाच TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न) कुल कार्षिक आप NA PAN No. PUS WITH YOU NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes No हा 🙏 नहीं क्या आप आप कर दाता है (भी मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS THAT PHATE Age (Years) Relation with Applicant Name of Family Member Gender आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम लिंग उम्र (वर्ष) क्रम संख्या SON arvender BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) समायता के लिये विनति जाधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) त्रपंभोवता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रयाण पत्र को सामा प्रति संतरण करे। (प्रयाण पत्र की सामा प्रति संतप्त करें) (इमान पत्र को छाया प्रति संतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनतो का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्षम संख्या Longing 3I (7+10C X 125163 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहस्थता किसी अन्य स्तांत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लों गई महायस राशी अन्य स्वोत का नाम क्रम संख्य

## DECLARATION by APPLICANT: अवदेश द्वरा चेनना पर:

- I hereby conferm 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 misction/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 प्रांचना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मिर कोई विकास एवं कथन असत्य चाम जाता है तो मेरे सहायता निरात की जा सकती है।
- मेरे द्वारा को सहायक ग्रांश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली क रही है, उसका उपयोग उसी प्रदेश की पूर्ति के लिये किया वायेगा, जो इस प्रक्रम में भय गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि विक सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस शिंत का अतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खेतानियोक्काचीमा कम्पणी से न तो तिथा है और न ही भीवमा में लूँगा

## AGREEMENT by APPLICANT (about git wort)

- 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 बस्तकार या अंग्रहें को खार लगाकर, मैं (आनेटक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हैं एवं "क्रोंशिकर फाउंडेगन और उसके प्यामीयों " को अधिकृत करता हैं कि मैरा नाम, पता, फोटो और जो जिनाए इस प्रपत्न में खेषित है, उसे "क्रोंशिकर" एवम् न्याको, खन, खायनात्र प्रतुते पहुंदेरम से पुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार सम्प्राम से प्रसाधित करने के लिए व्योधित है। मेरे प्रपत्न का विकास मेरे इलाज के पहले ख कार में करने के लिए "क्रोंशिकर फाउंडेमन" स न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सदम्ब हूँ कि मेश नाम, पता, पतेरों और विवरण जो कि महाया। के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्व स्थत: स्वायता का हकपर नहीं बच्चार इस सम्बंध में "बॉलिका" एक्य उसके न्यांक्रियों का निर्मय और माध्यक्षणी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तका प अंगुटे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (YESSEN DIS WOR)

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 patienticase, 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, हसाक्ष्मी को आँ से मामलेयोगी को "कोशिका पात्र-बेशन" से मितिय सहाका हेतु सिकाणित को जाती है, जिसे हम (हस्थतात) निम्न प्रकार से मान्य व मनीकार काले हैं।

1) यह कि न तो पर्तमान और न हो परिच्या में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य श्लेत से उक्त ग्रेणीमामले में लेंगे का ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काल-देशन" से सिकाणिकावित्तीत उक्त के सन्वाध में "कोशिका काल-देशन" हाता परद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हाता सरकार किसी अन्य की सम्माल किसी अन्य की सम्माल किसी अन्य की सम्माल किसी अन्य सम्माल होते में सम्माल होते किया जाता है कि अस्पालत हितीय मदद जाता होते किया लिखी अन्य सम्माल होते में स्थापन लेने का अधिकार सुर्वित रखता है। इस पृथ्य में स्थाप कहा जाता है कि अस्पालत हितीय मदद जाता होते किया जाता है कि अस्पालत हितीय मदद जाता होते क्या सामल के वही सोगालेगी।

2. "क्षेत्रिका फाउन्डेसन" से ली पई सराव्या क्षेत्रल विशेष प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पतल द्वाप पी गई सलाह पा किसे गर्न रापाध्यक्रिया का भूगत पीनी एवं हस्पतल के बीच का विशेष है और "क्षेत्रिका फाउन्टेसन" द्वारा किसी प्रकार का कीई रक्षण नहीं है। इस्रतिये हस्पतल में ऐसी के इलाह सुपत्त और अने को को को सभी जिल्लेकी है। इस्तिये हस्पतल में ऐसी के इलाह सुपत्त और अने को को सभी जिल्लेकी है। इस्तिये हस्पतल में ऐसी के इलाह सुपत्त और अने को को सभी जिल्लेकी है। इस्तिये हस्पतल में ऐसी के इलाह सुपत्त और अने को को सभी जिल्लेकी हम समाने में नहीं होगी।

Date of Surgery	HALLER A LONG COLOR
26 7 118 VENUE WANGCHUR DOMA CONSULTANT VENUE WEST WEST OF THE TAXABLE PROPERTY OF TAX	Name Day of Behalf of Hospital Jones Area

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

lite