18/07/0173 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE Koshika (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE APPLICATION No. 1 V0718 0377 Building black of life अरबेदन संख्या : NAME of APPLICANT: AGE-YEARS अप-पप SEX firm आवेदक का नाम 70 M FATHER'S/SPOUSE'S NAME Jeeva Kam पिता/कटुम्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता in Charlie Po-Bak Mathira U-1-28/004 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same 03 Cheve OCCUPATION: nemplyed MARRIED (BIRTON) / UNMARRIED (sritteriter) TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय NA (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. THIS BIRL HAVE ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सबी का निशान लगाये) हां / जही FAMILY DETAILS परिवार विवारण Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या उम्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध Shant Shahab lings Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) मतायता के लिये विनति आधार BPL Card **EWS Certificate** Ration Card (Attach Copy) (Attach Card Copy) Any Other (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र Basis/Proof अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र उपयोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रनाम पत्र की साथा प्रति संसन्य करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतियेदन सूची संलान urgery ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रीत का नाम लो गई सहायक राशो H322

DECLARATION by APPLICANT: अरवेशक द्वारा क्षेत्रण पर:

 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 assistant 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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the am for which this assistance is requested.

1 े मैं भोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। मारि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाण जाता है तो मेरी सहापता निरस्त की जा सजाती।

मेरे द्वार जो सरायण गाँत "क्रोतिका कावजंबन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य भी पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रक्रम में भग गम है।

मैं चुंद क्या है कि दिस सहाप्ता हेट्ट यह प्रमंद भी गाँ है, तर गीत का आँतक या सकल दिव्या कियो अन्य स्रोदिन्धोनकश्रीमा कम्पनी में न तो तिया है और न ही परिष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (spice grd with)

t) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use bublish/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 प्रथम पर अपने इस्ताक्षा या अंगर्ड की व्यव लायकर, में (आवेदक) अपने सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चम, व्याप और और जो विवादन इस प्रथम में प्रीकृत है, उसे "कोशिका" एवन् न्याको, पान, वावनात्र्या दूसरे उट्टेश्य से जुड़ी मोतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसार करते के लिए आधिकृत है।

2) मैं (अलंदक) इस बात में सहमत हैं कि मेरा नान, फत, फोटो और विशरण जो कि महायत के उर्दरमों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायत का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनम् उसके न्यासियों का निर्णय अधिक सीम बाग्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सार निर्देश

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFITE DT WITE)

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.

हमां अधिकृत, हस्ताक्षी की ओर से मान्य व स्थीका फाउन्देशन" से बितिय सहायश हेतु सिकारित की खाती है, जिसे हम (इस्थाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीका कार्य है।

1) यह कि न ले व्यंचन और न ही पविष्य में विदित्य सहायश किसी नैत सरकारी संस्थान या किसी अन्य संबंध से उक्त रोपी-पामले में लेंगे या से रहे हैं, बैसे कि इपने "कोशिका फाउन्सेशन" हो सहायश किनी उन्तर में प्राप्त में "कोशिका फाउन्सेशन" हात सहायश किनी अधिका मकत हेतु पन्तर नहीं किया जात है तो अन्यताल किसी अन्य में पास्त्र या संस्था या किसी अन्य सन्तरपत लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कता जात है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त ऐति-पासले हेतु किसी विद्यालया वा किसी अन्य सम्बन में नहीं लेप्युलेगी।

2. "बोरिका पाउन्हेशन" से ली गई सहायत केवल विविध प्रवृति को है। ऐसी पर इस्पताल द्वार में गई सलाइ या किये गये उपवारप्रक्रिया का मुनाव ऐसे एवं इस्पताल के मीन का विषय है और "बोरिका पाउन्होंना" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इसाव सुरक्षा और अने जाने को सारी जिम्मेंबान के प्रवृत्ति प्रवृत्ति कर पाउने में बार होगी।

की डांगों और "कांशिका" को कोई मृश्विक या विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Dr. Ashwini Kuma ऑसंतर की तारेख MBBS.MS.FICO Reg. No. 66028 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) 17/07/18 on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर ।