C18/07/0187

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहस्थला हेत् आचेदन प्रारूप (स्वास्थ देखपाल)						Koshika
APPLICATION No.:	V 2718 0395 APPLICA			CATION DATE :	1 H 0 H 10	Building block of life
HAME GRAPPLICANT: Chitrapal Singh				age-years 317	पु-वर्षे SEX सिंग	
FATHER S/SPOUSE'S ! पिठा कटुम्म का नाम	NAME: 3/0		gh			3 3
VALUE RE	Terat La	PRESENT RESIDENCE ADD				THOTE THUTO NEME
	mathu	PLOI U.P. 281	206	2000 - 2000		Preop Postop
_A	arné (A.)		ness, re	is and the sin		(0395) chitrapy Sir
						/ UNMARRIED (अधिवाहित)
OCCUPATION : Fasimen TOTAL ANNUAL INCOME : 10 (SE) (Attach Proof of 8 (अंग का सहस्य न						come) NA
PAN No. स्पर्ड खाता संद ARE YOU AN INCOME ' क्या आप आप कर दाता !	TAX ASSESSEE (fick whichever is applicable) । पर सही का निशान लगाये।		Yes / No वर्ष / ना	<u> </u>	
Sr. No.	1 9/3	ne of Family Member		DETAILS परिवार go (Years)	Gender Gender	Relation with Applicant
Sr. No. क्रम संख्या	Nar VR	at के सदस्यों का नाम		वुव (१४वरू) उम्र (वर्ष)	first	आवेदक के साथ सम्बध
			-			
			-			
			-			
		- 12 (12)				
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	G ASSISTAN विनति ज्ञापार	NCE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संस्टन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Co अल्प आव वर्ग प्रमाण प (प्रयाण पत्र की समय प्रति संस	п	(Att	tion Card tach Copy) गोक्ता कार्ड साथा प्रति संतरण करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्थ
		"PURPOSE	* for REQU	ESTING ASSIST	ANCE:	
		सहायता	-	पे विनवी का उद्दे		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	KE - IMAC					
	LE - ZARAC					
- 3						
	Suggery - (IE) Sics +IOL					
		ASSISTANCE BEING AVAIL	LED for SAN	ME "PURPOSE" व्या किसी अन्य र	from OTHER SOURCES शेत में लिया गया हो?	E .
Sr. No. इस संदर्भ		NAME of OTHER SI अन्य स्त्रोत का	OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायत प्रशी	
		F251				
4.		H352				

DECLARATION by APPLICANT: अववेदक द्वारा प्रोक्त पत

- 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 assistable 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 assessment of the way 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 art for which this assistance is requested.
- 1) में धोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिये तथे सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुवार साथ एवं सबी है। पदि कोई विवरण एवं कथन असाय जाता है तो मेरी शहायता निस्त की जा सकती है।
- 2) की छठ जो सहायता राति "कॉशिका फाउन्डेशन", से की जा की है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में पश गया है।
- मैं पुष्ट करता हैं कि जिस सहामता हेतु यह प्रार्थन की वर्त है, उस राशि का आतिक या सकता हिस्सा किसी आप खोरानियोजक कीया कम्पनी से न तो तिया है और न हो पविषय में सूँच।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIPE DO WOL)

- 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 Truslees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्य पर अपने इस्तावार या अगते की बाप लाणकर, में (आर्थरफ) अपनी सलपति को पुनिद करता हूँ एवं "कोशिका पठाईद्वाप और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विकाश इस प्रश्न में फोफिल है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, पान, पाथनाथ्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गीतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रशासित करने थे लिए अधिकृत है। येरे प्रयत्न का विकाश मेरे इलान के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अलंदक) इस बात से सहपत हैं कि मेरा बाय, पता, फोटो और वियत्ता जो कि महायात के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: स्वायत का हकदम नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिला" एक्यू उसके न्यांश्यों का निर्णय और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : soike of energy on evid on Page .

AGREEMENT by HOSPITAL (THIRT DIT WIR)

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 essistance 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 अध्यक्त, इस्ताधारे की ओर से मामलेशोगी को "कोशिका उपप्रकारण" से बितिय सहस्वत हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- () यह कि प तो व्यापान और न ही धविष्य में नितिय सहायक्षा किसी पैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्थात से उस्त रोगी-प्राथले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सिप्पारिश/दिनति उत्तर के सम्बद्ध में "कोशिका पायन्देशन" हार घरर हेतु कि है। यिए "कोशिका फाउन्डेशन" हार सहायक बिनति अगिक-सकत हेतु सन्दर जी किया जात है तो अम्पताल किसी अन्य पैर सरकारों संस्था या किसी अन्य सन्तर्थन से सहायता लेने का ऑधकार सुर्यक्षण है। इस चूच्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परंद उक्त पेनी-प्यानने हेतु किसी निर सरकारी संस्था या किसी अन्य साध्यन से नहीं लेग्याने है।
- 2. "बर्गिशमा फाउन्टेशन" से ली गई सहायत कंचल चितिय प्रकृति की है। रोगी पर हरफात द्वारा दी गई सलाह मा किये गये उपचारप्रक्रिया का मुनव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक रही है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जने की सारी विम्मेदार की बोगी और "बंशिका" को कोई धुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में जी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE **Administrator** स्वीकती के लिए संस्तृति Dr. Ashwini Kumar Date of Surgery MBBS.MS.FICO ऑपरेशन की डाएंस Reg. No. 66028 (Name, Designation & Stamp of Authorn (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 18 07 018 on behalf of Hospital Gavan O 41114 हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. नाम च पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी अवन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

Suface of

र्मा प्रनापर 2