C 16	alsh
AP	PLICATION F सहायता
PLICATION No. :	F
ME of APPLICAN	1:

# ORM FOR ASSISTANCE

Tenu

(Healthcare)



(स्वास्थय देखपाल) हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE Building block of life. 0137 आवेदन तिथी 400 AGE-YEARS HIT-IT SEX ferr NA FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिला/कटम्भ का नाम caas PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता MAINO -Dell mintagy Preop Postop PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई आधानीय पत 0137 Urmila (IDOV-P OCCUPATION: MARRIED (FORTER) / UNMARRIED (अविवाहित) उद्यक्षतम् । (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: NIA (आप का साक्ष्य संशान) कुल वार्षिक आय 1000001 PAN NO. PRIÉ TRIM TÉURI NIB Yes No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्षा विकास क्या आप अवप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सड़ी का निशान लगाये। FAMILY DETAILS TRUTH Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साथ सम्बंध शिंग टप्र (धर्ष) क्रम संख्य परिवार के सरस्यों का नाम NON mesh BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चित्रति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Copy) (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पर उपभोक्ता कार्व अन्य कोई साध्य (प्रमण पत्र को सामा प्रति संस्तान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसम्य करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति मंतरन करे) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गर्ड प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या DICS + TO E merelle ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेनू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रांत में लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता एको अन्य स्थोत का शम क्रम संख्या

#### DECLARATION by APPLICANT: SPICE DIS TOTAL TR:

- 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.
- 1) मैं भोषणा कात हैं कि इस प्रकार से दिने गये सभी विवास मेरी आसकारी के अनुसार साथ एवं सही है। चीर कोई विवास एवं कथन अरुप पाना जाता है तो मेरे सहागत निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार के महत्वम राजि "कोशिकर फाउन्देशन", से शी का छी है, उसका अपवेद उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- 3) में पुष्टि काता हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना भी गई है, उस पति का व्यविक या सकत दिस्सा कियी अन्य घोठ/रियोजक/बीमा कप्पनी में न दें तिया है और न ही पविषय में सूँगा।

### AGREEMENT by APPLICANT ( serious grid work)

- 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 प्राय पर अपने दस्तावर या अंगते को वाप लयाकर, में (अवदेश) अपनी सहस्ति को पुष्टि करता हैं एवं "कोशका फाउंडेशन और उसके न्यानीयों " को अधिवृत करता हैं कि मेरा नाम, प्राय, फोटो और जो विवरण इस प्रयत में प्रोपित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यानी, राम, वायवध्य इसरे उर्दरण से जुड़ी पर्तिविधियों और उपलब्ध्यों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रश्नीत करने के लिए अधिकर है। मेरे प्रयत का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडोंगन" व न्यानी अधिकत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, यत, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का इकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "क्टेंगिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और कामकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताश या अंदुते का निधान

### AGREEMENT by HOSPITAL (EMITTED WITH)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitel) 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.
- हमारे अधिकृत, इस्ताक्षी को ओर से मामले योगी को "कोशिका पात्र-बेशन" से बितिय सहायक हेतु विकासित की जाते हैं, जिसे हम (इस्पालन) तिम प्रकार से मान्य व स्थीकार कार्य है।

  1) यह कि न तो कांचल और न ही भविष्य में जितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान में उक्त ऐगी-मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका पाउन्होंतन" हो। पर होतु कि है। पर "कोशिका पाउन्होंतन" हात सरकार किसी अन्य संस्था में "कोशिका पाउन्होंतन" हात परद होतु कि है। पर "कोशिका पाउन्होंतन" हात सरकार किसी अन्य ती किया जाता है तो अन्याल किसी अन्य ती किया जाता है कि अस्पाल दिशीय परद उक्त ऐगी-मामले हेतु किसी मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सरकार में लोंगी।
- 2. "क्टिस्का फाइन्डेशन" से ती गई सहस्था केवल विशिव प्रकृति की है। येगी पर इस्पवाल द्वारा दी गई सलाड या किये गये उपचारप्रक्रिया का मुनाय रोगी एवं इस्पवाल के बीच का विषय है और "क्टिका फाइन्डेशन" द्वारा कियो प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इस्टिलवे इस्पवाल में रोगी को इताज सुरक्षा और आने जाने की वारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पवाल की बोधी और "क्टीलवा" की कोई खीवका पर जिम्मेदारी इस पायल में नहीं होगी।

- 6	RECOMMENDED FOR ACCE स्वीकृती के लिए संस्तु	
Date of Surgery ऑपरेशन को ਗਰਿਸ਼ 28 8 12	DR WANGCHUK DOMA Whate of Dr. & Rean No. With Stamp)	(Name, Designation's Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ? नाम व पद हस्पाल अधिका अधिकारी
	PRINTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDAT	TION आन्तरिक उपयोग हेंद्
SIGN	NATURE of TRUSTEE 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2
8		0.18