### (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय पेखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE Building block of life. APPLICATION No. 1 0119 0686 आवंदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS HTQ-44 SEX feb Navayani Devi NAME of APPLICANT: 65 आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Hira Ley पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपूर आवासीय पता Tehn-Rayganh Vill. Postos Hwarx Rasasthan Doce (18) Dist PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Νασταγαισ 0686 as abovo Devi MARRIED (विक्रेडिन) र UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: Farmer स्यवस्था (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 70,000 MA (अव का सक्य संसम्) कुल वार्षिक आय 'l No. स्थाई खाता संख्या ANTE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (को मान्य हो उस पर सही का निशान लखये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम তম (বৰ্গ) Son VaVIn 30 M (1)SON 98 Tharmen ra M BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत वपधोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की आधा प्रति संतग्न को। (प्रधान पत्र की क्राया प्रति संसान करे। (प्रयाण पत्र की सामा प्रति शंतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या 14 200 ROSE Surger

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहस्पता राष्ट्री
	SCCA	

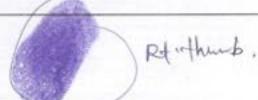
## DECLARATION by APPLICANT: अगोरक द्वारा मोचना पत्र:

- 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/employen/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण गेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सकी है। चरि कोई विवरण एवं कथन असन्य यथा जाता है तो मेरी सहस्यत निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहाच्या राशि "कोशिका फाउन्डोशन", से शी का जी है, उसका उपक्षेत उसी डरेश्य की पूर्ति के शिशे किया कार्यण, जो इस प्रारूप में गरा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायत हेतु का प्रार्थन की गाँ है, उस राशि का साशिक का सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोत/नियोजक/बीचा कम्मणी से न तो लिया है और न ही परिष्य में सुँग।

# AGREEMENT by APPLICANT ( SERVE STO WIST)

- 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 इस्ताबर या अंग्रते की बाग लगाकर, मैं (आनेएक) अपनी सहमति की पुण्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्त, फोडो और भी विकास इस प्रयत्न में भीचित है, उसे "कोशिका" एकन् न्यासी, यान, मान्यकाम पूसने उप्तरंप से मुद्रो गतिविधियों और प्रयत्मिक्चों के तिन्दे किसी भी प्रसार मान्यक से प्रमाणित करने के तिन्द अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विधास मेरे इत्याव के पहले या कार में करने के तिन्द "कोशिका फाउंडेशन" म न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, बात, फोटों और विकास जो कि सहायता के टर्देश्यों से अधित है मुझे स्वत: सहायता का हकतार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिला" एवम् उसके आदियों का निर्णय और बन्धकार्ट होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : apièce vi serper to ségé un Page



# AGREEMENT by HOSPITAL (हमपतास 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 & 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.

हणों अधिकृत, इस्तावधे की ओर से मामलेटोनी को "कांशिका भाउन्होतान" से क्षित्य सहस्तात हेतु विपर्णात को जाते हैं, जिसे हम (इस्ताता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कांमान और न हो मान्यि में वितिय सहस्तात किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त ऐसी-मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्होंसन" हो विपर्णाता किसी अन्य स्वीक्त भाउन्हों हो पदि "कोशिका फाउन्होंसन" हात सहस्ता किसी अन्य संनोशिका फाउन्होंसन किसी अन्य में स्वीक्त के सम्बद्ध के सम्बद्ध के सम्बद्ध के स्वीक्त के सहस्ता लेने का अधिकार सूर्यका है। इस पूष्ट में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय मदद उका ऐसी-मामले हेतु किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बद्ध से नहीं लेगा होता की सम्बद्ध या किसी अन्य सम्बद्ध से नहीं लेगा होता की सम्बद्ध या किसी अन्य सम्बद्ध से नहीं लेगा होता है।

2. "बोशिका पाउन्हेंशन" से शी गई सहायता बोक्स वितिय प्रकृति की है। रोपी पर इस्पताल द्वार पी गई सलाड या किये गये उपयार/प्रक्रिया का पुश्च रोगी एवं इस्पताल को बीय का विकट है और "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। इस्पतिये इस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की स्वरी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई यूमिका या जिम्मेदारी इस प्रामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के शिष्ट् संस्तृति Date of Surgery अपरेशन की तारीख (Name of Dr. & Regn. No. with Stand) (Name, Designation & Stand & Authorised Signatory Additional for the Regn. No. with Stand) (Name, Designation & Stand & Authorised Signatory Additional for the Regn. No. with Stand) (Name, Designation & Stand & Authorised Signatory Additional for the Regn. No. with Stand) (Name, Designation & Stand & Authorised Signatory Additional for the Regn. No. with Stand & Stand