9010023

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 3/1/19 APPLICATION No. : A 0119 0689 Building block of life. आवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS अप-पर्य Sundari SEX frin NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम 65 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/O Maurashi पिता/कटुम्म का सम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तनाप आवासीय पश Tech - Bharentow PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पत Bharateur. Postor Pose of. Sundari 0689 als above OCCUPATION: Farmer MANUFED (निवाहित) / UNMARRIED (अधिवाहित) म्मवसाम् TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) Toovo NA कुल वार्षिक आय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई सासा संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes Mo हां (खो क्या आप आय कर दाल है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant कम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम अवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) लिंग 2 hand Kexan 50 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायक के लिये विनित आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रवाप पत्र उपपोक्ता कार्ट अन्य कोई साह्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छान्छ प्रति संतप्त करे। (प्रयाण पत्र को साथा प्रति संतप्त करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सतायता हेत् किये गये विनती का उददेश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पराल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्रम संख्या DIGGHOSIT Curger STES ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No.

अन्य स्वोत का नाम

क्रम संख्या

SCON

सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वरा चोषणा 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 an liable for rejection/cancellation.
- is 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) में धोषण करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण भेतें जानकाते के अनुसार सत्य एवं सत्ती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाना जाता है तो भेरी सहस्था निरस्त की वा सकती है।
- 2) में द्वार के अरायत सीर "कोशिका फाउन्टेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि बरता है कि दिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस रक्षि का अतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोद्यनियोवकाचीया कम्मनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अवशेषक द्वारा करार)

- 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 प्रश्व पर अपने हम्ताक्षर या अंध्ये की क्षण लगावा, में (आकंदक) अपने कामीत की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेसन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पाता, फोटो और जो विकरण इस प्रपत्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, द्रान, वाचनाऱ्या दूसरे उद्देश्य से जुटो मीलिविधियों ओर उसलीव्याचों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) थै (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि घेर नाम, पत्त, फोटो और विकाण जो कि सहस्था के उर्ऐस्पों से प्रचित है पुत्रे स्था: सहस्था का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का स्थिम और बन्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनंदस में इस्ताधुर या अंपूर्त का निकान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$19789 DO WOL)

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.

हमारं अधिकृत, इस्तक्षी की और से मायलंपरीयों को "कोतिका पाउन्देशन" से खिटिय स्वायता हेतु सिकारिश की काती है, जिसे इम (इस्पताल) निन प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ले सर्वेक्षर और न ही प्रविश्व में वितिय संशायता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य हक्षा से उक्त रोगी/वामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोतिका पाउन्देशन" से सिकारिशकिवनित उक्त के सम्बन्ध में "कोतिका पाउन्देशन" हारा परद हेतु कि है। वॉद "कोतिका पाउन्देशन" हारा सहस्था किनति अधिकार-सकत हेतु मन्द्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य पा किसी अन्य सन्यापन से सहायता लेने का अधिकार मूर्यच्या राज्य है। इस पूष्ट में स्वप्ट करा जाता है कि अस्पताल दिशेष पदद उत्तर रोगी-पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगरलेगी।

2. "क्रीशिका फाउन्डेशन" से ली गई सक्तम्ब कंवल विशेष प्रकृति की है। रोगी पर इस्काल द्वारा दी गई सलाव या किये गये उपचार/प्रीक्षण का चुनाव देगी एवं इस्पतल के बीच का विषय है और "क्रीशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई दक्षण नहीं है। इसलिये हस्पतल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी दिस्मेदारी रोगी एवं इस्फाल की होगी और "क्रीशिका" की कोई धूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery अंगरेशन की तारीख Dr. Dharm Singh (Name of Dr. & Regn. No-with Stamp) (Name of Dr. & Regn. No-with Stamp) अपनि अपनि अपनि स्वार प्राप्त के तारीखा के प्रमान के तारीखा के प्रमान के तारीखा के प्रमान के तारीखा क