APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) oshika सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION DATE: 6/11/19 APPLICATION No. : **Building block of life** 0583 आर्थेदन संख्या : अववेदन विधी AGE-YEARS अग्य-वर्ष SEX रिशंग NAME of APPLICANT : उरावेदक का नाम 50 FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तवान अववासीय पता WILL. Lamtoxi leh. Mathyra Preop To thurs PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE STIGHTS WITH 215+ Pradesh 0583 Shakuntala above 013 OCCUPATION: House maker MARRIED (বিবারিত) / UNMARRIED (সবিবারিত) खबसाव TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 5001 MA कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलान) PAN No. स्थाई खाता संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No इर्ज/निर्दे क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार चिवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender. Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध 使怕 SOKIN 40 300 m Rotti 26 con m Amit 39 Chic m cher cing 20 Con Fel BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहावल के लिये चिनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रधाण पत अल्प आय वर्ग प्रमाण एक उपभोक्ता कार्द अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र भी छावा प्रति संसन्द करें। (प्रमाण पत्र भी क्रम्ब प्रति संतरन करे। (प्रमाण पर की बाया प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उददेश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Riaghosis MEC RE - SICS + FOI Surgere ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या ली गई सहायता राशी अन्य स्थात का नाम SCEH

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा क्षेत्रणा 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, false 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.
- 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.
- में श्रीमण करता हैं कि इस प्रारुप में दिये गर्प सभी किनारण मेरी जानकारी के अनुसार स्त्य पूर्व सही है। यदि कोई किलाण पूर्व कथन असल्य प्रमा जाता है तो मेरी सहायता निस्तत की जा सकतो है।
 मी द्वारा जो सहायता राति "कारिशका फाउन्टेशन", में शी जा रही हैं, उसका उच्चोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारुप में भए गया है।
- 3) में गुण्ट काता है कि जिस सहस्ता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दक्ति का असिक वा सकत किसा किसो जन्म झेळ/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही घरिष्य में लुंग।

AGREEMENT by APPLICANT (SPORE DO WIR)

- 1) By affixing my signature or thumb improssion 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 out 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 इस्तावर या अंगडे की शाम लगकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति को पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोतिका फाउंडेशन और उसके न्याबीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्र, कोडो और वां विवरण इस प्रयत्न में प्रोधित है, उसे "क्रोशिका" १७६६ न्यासी, दान, वाक्ना/का दूसी उर्देश्य में जुडो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यप में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। भी प्रयत्न का विवरण भी इलात को फाले पा बार में करने के लिए "क्रोशिका काउडोंसन" व व्यक्ति अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोरो और विवरण जो कि सहावता के उद्देशों से प्रार्थित है युद्धे स्थत: स्टापता का इकरार नहीं बनाताः इस सार्थंप में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय औतम और साव्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : जावेदक के हालाग्रत या जांगूर्ज का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$19000 grt) 4507)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Mospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future swall 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 assentially 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

27 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.

हमारे अधिकृत, हरताथरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से विधिय सहायता हेंदू सिकारिश को वासी है, विसे हम (इस्पताल) निम उकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्नमान और न ही पविषय में विशेष सहायता किरते मेंर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उका रोगी/प्रायलों में लेंगे मा ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्हेशन" से विकारिश/विनिध उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाउन्हेशन" हास मदद हेंदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" इस सहायता विनिध अधिकार सक्त हेंदू मिन्द के सम्बंध में सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में सम्बंध कहा जाता है कि अध्यताल हितीय मदद उसते ऐगी/पायले हेंदू किसी कैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेना/लेतरे।

2. "कोडिका फाउन्देशन" से ली गई सहायत केयल विविध प्रकृति की है। सेथी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचर/प्रक्रिया का चुनाय सेगी एवं हल्पताल के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेपी के इलाज सुरक्षा और अने जाने की लाते विवयंत्रने सेगी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेपी के इलाज सुरक्षा और अने जाने की लाते विवयंत्रने सेगी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेपी के इलाज सुरक्षा और अने जाने की लाते विवयंत्रने सेगी प्रकार का कोई स्थान स्थान की लाते की लाते के की लाते की

को होगों और "कोशिका" को कोई चूमिका था विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Dr. RAHUL GUPTA **Date of Surgery** & MASSEY ऑपरेशन की तांग्रेख 10101 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 8/11/19 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) Dr. 5 नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी टाक्टर का नाम व इस्लोक्स च रवि. न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याची हस्ताव्यः । न्यसी इस्तक्षा 2