MON - C-25-04- 1024

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika
APPLICATION No.:	1/0425/003	APP	E P O STATE	4125	Building t
NAME of APPLICANT :	110121000	G Talle	AGE-YEARS		
आयेदक का नाम	Savitai		49	1+	Shape The same
FATHER'S/SPOUSE'S I पिता/कटुम्प का नाम	IAME -	una O			NO NO CENTRAL MANUELLA MANUELLA PLANTALISMAN
Pangi	PRESENT RES	MOAL BURESS TO BE	र्तमान आवासीय पता	nemî .	PASTE PHUTU HERE
1 wigh			27-01	IEJ II	
	Burp Postop				
	same	al abo) up		
OCCUPATION:	Home ma	den		MARRIED (19	वाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM	F:	^		(Attach Proof	of income)
कुल व्यर्षिक उद्यप PAN No. स्थाई खाटा संस	4000	1-tami	14	(आप का मा	स्य मातान)
ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (Tick whichever i	s applicable):	Yes / No हां / नहीं		
		FAMILY	DETAILS परिवार वि		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Me परिवार के सदस्यों क	mber नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
(1)	8 may		30	14	gon
(3)	Rochan		25	M	Son
					1877
	-				
	BASIS for	REQUESTING ASSISTA	NCE (Tick whicheve	r is applicable)	
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को कावा प्रति संसम्भ करे। (प्रमाण पत्र को सम्मा प्रति संस		ertificate Copy) य वर्ग प्रमाण पत्र	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड रो। (प्रमाण यह की छाया प्रति स्थानन करे।		Any Other Basis/Proof জন্ম কাই মাধ্য
	THIS STATE OF THE	"PURPOSE" for REQ			
Sr. No.		FEATALLOW AND MAINTAIN	गये विनती का उद्देश्य d Reports/Prescript		
क्रम संख्या	△० अस्पताल/डॉक्टर से जारी को नई प्रतिबंदन सूची संलाख्त /				
	RIE Schille fortanect				
	Surgery RESTES COLTE PAMO LONG COMP				
	0				
	ASSISTANCE ER ZEG	BEING AVAILED for SA त्य को हेतु कोई अन्य सह	AME "PURPOSE" fro	m OTHER SOU से लिया गया ह	RCES 17
Sr. No. इ.म. संख्या	NAME of OTHER SOURCE				NT of ASSISTANCE BEING AVAILED
	900	4	Cli da Hacelli Gell		
			- '		
					trade and a second

DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा प्रोपमा 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में योषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायशा निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाइन्डेशन", से ली जा स्त्री हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकर्ण में घर गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि बिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, इस राशि का शांतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेटानियोक्क बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पुष्टिया में गीता

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 प्रया पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की काप लगाका, मैं (आगेरक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांतिका फाउंडरेशन और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हूँ कि सेश नाम, पता, फोटो और जो जिल्लाण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जूडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवस्ण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अल्वेदफ) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाल जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप उसके न्यांक्षियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेरक के हस्ताधर या अंगुते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (SPARE DIG WOR)

By affixing hereunder, signature of common or other set signature of common of the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & acceptation of the case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

(Hospital) hereby affirm & acception.

1) that we neither are presently not as a local financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from 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, हस्ताधारी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउम्बेशन" से विशिष्ठ सहायता हेतु सिरकारिश की जाती हैं, जिसे हम (हस्पताल) निमन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तभान और न ही प्रविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्वोत से उका रोगी/मामले में लोगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायक विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय नदर उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो गई सहायता केवल बितिय प्रकृति को है। रोगों पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगों एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दुवाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारो जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगों और "कोशिका" को कोई पृथिका या विष्मेदारी इस मामाने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Warity Eye Panwa स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** FBS MS ऑपरेशन को तारीख M.C. 11557 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 08 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रख्दि न नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर ।