AWR-P-23-08-0042

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतू आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थय देखभाल).



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	0	lagre	10000
आरोदन मंख्या :	0	045	00 00

आवेदन तिथी

APPLICATION DATE: 24-9-25

NAME of APPLICANT : YUM S

AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX RHI Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ACHU khan

पिता/कटुम्म का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

AKbarbut , Raistham - 30 100 PK MULDUY Alway

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वाई आवासीय पता

above Savmu



Pre

Post-

OCCUPATION: L'abour (Father)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 1,20,000 (Faltur)

(Attach Proof of Income) NA (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): NA क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।

Yes / No हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Gender Age (Years) Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) स्तिंग क्रम संख्या FaHW) Mali 59 mshu Juham *lemali* Mathur Fahma 53 (2)

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्प आय वर्ग प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की खावा प्रति सलग्न कर।

Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या

WNL

RE-8 OPK стиа ешт

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

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता राशी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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) मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रकरप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाणा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सक्षपता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गति का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य घोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आबेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाठडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचन/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाठडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑसम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तासर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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

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, हस्ताशरी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति लॉशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सै साथ में सिकार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Churit, ऑपरेशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Matterent bir & A नाम व पद हस्पताल अधिकारी " 502Tinkadamaji FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी हस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2