APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)						Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :			APPLI आवंदन	APPLICATION DATE : 1 4 ØS 2 S आवेदन तिथी		Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आधेदक का नाम	Onn	<i>ipal</i>	1	AGE-YEARS आयु-का 52	f sex लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाम	NAME: Ja	gdish	- 6				
Chhar Sahazipw	Deha PE	RMANENT RESIDENCE ADD	edak H-De) RESS: 理	ाण <i>chan</i> अवर्गि पता ई आवासीय पता		perecep Postop	
OCCUPATION:	Sant		- abo		MARRIED (दिवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOM जुल वार्षिक आय	KE: N	A (Stay)	nAs		(Attach Proof of Ir (आय का साक्ष्य स	ncome)	
PAN No. स्थाई खाता संद ARE YOU AN INCOME T क्या आप आय कर दाता र	TAX ASSESSEE (T	ick whichever is applicable) । पर सही का निशान लगावे।		Yes / No श्रां / नहीं			
				DETAILS परिवार विव	Gender	Relation with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			ge (Years) उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
		BASIS for REQUESTIN	G ASSISTA	NCE (Tick whichever	is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलग्न करे।		सहायता के लिये विनति आधा EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (ग्रमाण पत्र की शामा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		"PURPOSI सहायत	ा हेतु किये ग	JESTING ASSISTANO वि विनती का उद्देश्यः			
Sr. No. क्रम संख्या	g Carl	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न स्थिति - CadavaCd					
	•		PE	200			
, s	LE- contaract						
		sungery - (E) - SICS + PMMA					
		ASSISTANCE BEING AVA	AILED for S	AME "PURPOSE" fro	m OTHER SOURC	es	
Sr. No.	1	इस उद्दश्य के हतू व NAME of OTHER अन्य स्त्रोत का			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहापता राशी		
क्रम संख्या	ABO				2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false stritement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable 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.
- 3) 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। पिए कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया आता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सतामता तरित "कांशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस जहाबता हेतु वह प्रार्थना को गई है, उस राशि का गाँशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खंळ/नियोजक/भीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही प्रक्रिय में लिया.

AGREEMENT by APPLICANT (अलंदक इस करर)

- 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"
- 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 अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और जो विवरण इस प्रयत्र में केषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासो, रान, व्यवना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधियों और उपलक्षियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवारन मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्तत: सहायता का सकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SI R LEFT THUMB IMPRESSION : आसंदक के इ

AGREEMENT by HOSPITAL (STRING ETT WIR)

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को आंर से मामले रोगों को "कॉशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रांत से उवत रांगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से निकारिश/विनति उन्त में सम्बंध में "कोशिका काउन्देशन" हारा मदद हेतु कि है। ग्राँद "कोशिका फाउन्देशन" हारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूछि में रूपछ जहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उच्च रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसो अन्य साधन से नही लेगा/लंगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लो गई सहायता कंपल चितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुमिका था जिम्मेदारी इस गायले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. SUFYAN DANISM स्वीकृती के लिए संस्तुति NI.B.S.S., DOMS, DNB

Date of Surgery

(Name of Dr. & Rege. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राजि. न.

an Dist. W (Hame, Designat of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2