RBG1- C.25.05-029Z

APPLICATION F RM FOF SSISTANCE (Healthcare) सहायता हे आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)							Koshika	
APPLICATION No. :	MATOR	TAILS		ICATION DATE :	2-	7-25	Building block of life.	
आवेदन संख्या : 0.725012				आवेदन तिथी 23-7-25 AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग				
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम Santy9				. 3	1	F		
ATHER'S/SPOUSE'S N	AME: Ba	bulal		tions is contact				
	11 1/	PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS वर्त	मान आवासीय पता	500	nallowy	100 FASTET STO HERE	
Unit Admin	H. K	or sy pica		04014	341	9/0	PRE POST	
and the production of the second	DE	RMANENT RESIDENCE ADDRE	SS · IN	ार्ट आवासीय पता	1 20000	ing the state of		
PERSONAL AND ASSESSMENT	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRE	33. (त्र जानाराच चरा	1077	THAT IT SEE		
OCCUPATION :	sian			TANK PORC	MA	RRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
यवसाय PIN	E:				(At	tach Proof of Ir	icome)	
हुल वार्षिक आय —	300	00/	. /		(3	आय का साक्ष्य स	लग्न)	
AN No. स्थाई खाता संख		rick whichever is applicable):		Yes / No				
या आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उर	। पर सही का निशान लगाये।		हां / नर्ह	T			
				DETAILS परिवार		Candon I	Polation with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
प्राम संख्या					-6	7		
			-			-7		
			-					
	M403 m5 593		M. Aldre	Marrie 25 (410) 25 - 11 H		DA NAMES		
	0.000							
egil a con	30, you as 60	BASIS for REQUESTING	ASSISTA	NCE (Tick which	ever is	applicable)	The state of the s	
are as fish tegal and	- '	सहायता के लिये विन	नीत आध					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		ard opy)	Any Other Basis/Proof	
						नार्ड	अन्य कोई साक्ष्य	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्र			न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्र		ाति संलग्न करे।	The same of the same of the same		
ment section (fig.)		"PURPOSE" (सहायता हे	for REQ त किये	। UESTING ASSIST गये विनती का उद्दे	ANCE:		and the second	
Sr. No.	1		Medica	al Reports/Presc	ription	s Attached		
क्रम संख्या	The second second	अ	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
n h. Pr SAMA						- Faltonord		
(0)	diagi	Joseph J	119	0	101		Downer	
			11		1	NIII	- Coloron	
			LE	-0	01	1	· course	
						10 Lane		
<u> </u>		6	77	CIC	1	1.111,	Daval 1/1	
(\mathcal{S})	501760	Wey 4	15-	·3/1)	With	ILLOT A THE	
				<i>y</i>				
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for S	AME "PURPOSE"	from (OTHER SOURC	ES	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता कि NAME of OTHER SOURCE					सी अन्य स्त्रीत से लिया गया हा? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
Sr. No. NAME of OTHER S क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का						ली गई सहायता राशी		
भूभ सख्या		ALL 0400 400 100					1	
	Mar	-6			5	2600		
ν	MIC					1990		

26.80-50.96

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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.
- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

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 (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ िक मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

- में सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आंशिक/सकल हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि 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 हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** Dr. Isha Chau Consultant Consultant ऑपरेशन की तारीख Regd. No. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) खोक्टर कालाम व इस्ताक्षर व राजि. ने Pital नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2