### Koshika APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE Building block of life. M1072510273 आवेदन संख्या आयेदन तिथी 17-10 AGE-YEARS SIN - 34 SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवंदक का नाम Munny FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्भ का नाम Syckash PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Jemunia Shaghabaz Jamenia Sahahad KhVII Mayal M CHILL BATTOMESE OF THE WASSESSION PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई अववासीय परा al above. Same RROP postop OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) HomomMakey व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कृत वार्षिक अय (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। क्षां/ मही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Name of Family Member Relation with Applicant Sr. No. Age (Years) Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध Asam 23 11271166 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये जिनति आधार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र दपभोक्त कार्ड अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करें। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सची संलग्न क्रम संख्या Catarit DIGHOSTA scerile Cotard (9) XU H 9 I HL Pmno 100 Commo ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशी क्रम संख्या DUCS 2000

# DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा एत्र:

- 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 5 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कॉरिशका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहावता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राति का आरिशक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत-नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँग।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवरक 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 birdore 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 प्रयत पर अपने हस्ताबर या अंगठे की क्राय लगाकर, मैं (अलेश्क) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिक काउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि पेछ गाम, पता, कोठो और जो निवरण इस प्रयत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से नुद्धे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यन से प्रसारत करने के लिए "कोशिका भाउडीसन" व न्यसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेश नाम, पता, कोटो और किवरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से आवित है मुझे स्वत: सतायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अस्पेदक के हरताश्वर या अंगूठे का निशान



# AGREEMENT by HOSPITAL ( ENGINE GIT WOLL)

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, हरताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फउनचेहान" से चितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती हैं, जिसे हम (हरमताला) निम्न प्रकार से माना व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/माम्पले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो। सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हाए महायत विनित ऑशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधद से सहायता लेंगे का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थल कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका काउन्टेशन" में तो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह का किये गये टपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी किस्पेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# Date of Surgery आपरेशन को लाग संस्तृति Dee pak Tripathi Administrator Dr. Akash Kumpus (Ndm M.B.B.B.B.B.B.S. with Stamp) UR M.O. नाकडर/ज्यांका र Hospital Sahattevapital) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हमताबार 2 प्रितिस्तारी