MIOM - (-25-69-6350 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Koshika (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE Building block of life. APPLICATION No. : उरावेदन संख्या : AGE-YEARS STQ-04 SEX Rein NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAM पिता/कट्म्म का नाम ESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Khizi Khamaria Utlan Wadish Jag Sol PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधारतीय पता low op Post of some ax above-OCCUPATION : MARRIED विवासित) / UNMARRIED (अविवासित) OHMOO. ब्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) 340000 कुल वार्षिक आप (आब का साक्ष्य 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। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Name of Family Member Age (Years) Sr. No. क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उस (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof अस्य आव वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की काया 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 प्रतिचेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Catanaca couls Dighosp Coeta na Ct LITTIG OTLL mara ammy ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु 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 स्वांत का नाम क्रम संख्या 2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक क्रून 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 8 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 घोण्या करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य चया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महायता गाँश "कोशिका काउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बरा गया है।
- मैं पुष्ट करत हैं कि जिस महायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस तांश का आंशिक या सकत दिस्सा किसी अन्य खोत/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में तुँगा।

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 ज्याद पा अपने इस्ताक्षर या अपने की क्षाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका पारंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पांडे और जो विकरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका काउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमात हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवाल जो कि सतायता के उर्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनीता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नातिसों का निर्णय ऑतंप और वास्थकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के शरताधर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (४व्यासन क्रम करा)

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:

(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.

ा प्राप्त गावराता. इमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी भी ओर से पामलेतोगी को "कोशिकर फारान्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पतात) निम्न प्रकार से मान्य व ज्योकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तपान और न हो पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" होता सरकारी संस्था जब से सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" होता सहायता विन्ति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बद्धान से सहायता लेने का अधिकार सुर्रावत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मण्ड उक्त ग्रेगी/मामले बंद किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशका काउन्डेशन" से लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव दोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदाएँ रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिकार या जिम्मेदाएँ इस यामले में यही होगी।

Pate of Surgery आपरतन को नागेल Date of Surgery आपरतन को नागेल Dr. Aktash Kunsair M.B. B.S. M.S. (Name of Dr. a Regr. Ho! Wilth Stamp) हाक्टर का नाग व प्रतास व ग्री व न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्तासर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्तासर 1