MOM-C-25-09-1256

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल)							Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	APPL	APPLICATION DATE:			Building block of life.				
APPLICATION No.: M 0925/0390  NAME OF APPLICANT: STIPLE OF THE KALLY Ram Crawlans				AGE-YEARS STITE - SEX TO					
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME:	0.00							
fam Na		PRESENT RESIDENCE ADDRE	55 m	मान आवासीय पता ८००० (	Ŗħ	ni	PER KALLUMIAN SALAM KALLUKAN		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता							Bre op Bet op		
OCCUPATION:	umon.		Ħ		MA	RRIED (विकास	ন) / UNMARRIED (অবিবাছির)		
TOTAL ANNUAL INCOME : बुल वार्षिक आप 30,000 / -					(Attach Proof of Income) ( আৰু কা মাহৰ মালুন)				
PAN No. THE BERT TO ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):		Yes / No					
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	AMILY	क्षां / नही DETAILS परिवार 1		li -			
Sr. No. क्रम संख्या	Ni VI	ame of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	1	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग		Relation with Applicant आयेदक के साथ सम्बध		
			-						
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन			ver is	applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसल्य करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम्र प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संसम्भ करे।		py) ਜਵੰ	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सादय		
				ाये विनती का उद्देश					
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसम्न								
Dignosta RIC Serila Contario							toriac+		
	surgery LIC Soulle Catanact								
		4(6-5705	Pn	mar.	20	L C	ammp.		
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्देश्य के हेतू कोई उ	न्य सह				ES		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी पई सहायता रासी			
		PBCS				20001-			
	+				_				

# DECLARATION by APPLICANT: अवनेरक द्वारा मोरना 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 घोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। पदि कोई विवरण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे हम जो सहायदा राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से शी जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भार गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में तुँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेटक 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) (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 इस्ताधर या अंगटे को छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहयित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका जारंडेशन और उसके जारतीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चन, पता, परोठ और जो विवास इस प्रपत्र में मोपित है, उसे "कोशिका" एवम् जासी, रान, याचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसल माध्यम से असीएत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवास मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउड़ेसन" व ज्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदमा के हरनाधर या अंगुटे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (\*\* स्थापन द्वारा भरतर)

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले.दोगी को "कोशिकर फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिमारिश की कती है, विसे हम (हस्तवाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ले वर्तवान और न हो धीक्षण में वितिय महायत किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उस्त रोगी/मामले में लेंगे या ले को है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफारिश/विनित उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" इस महत्त्व किसी अन्य संस्थान है तो अन्यताल किसी अन्य मैं "कोशिका फाउन्टेशन" इस फाउन्टेशन" इस सहत्यता विनित अधिकार सम्बंधन से महावता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अन्यताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधान से बही लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेसन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सेसी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दक्क नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी किस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती को लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख Dr. Akash Kurnar M.B.B.S. M.S. U.P.M.C. Akash Kurnar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हास्टर का नाम व हस्ताबर व रिव. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तिक उपयोग हित् SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताबर 2 प्रियमिंगी