MOM- 1-25-05-1842 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE Building block of life. 13 09 0405 आवेदन तिथी AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX Rein Chand. PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय पता OST Crokaran Nath 262002 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता LEAN MINICOLLISTING sam e at about. MARRIED (विमाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का सास्य संलग्न) 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 Age (Years) Gender Name of Family Member आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नाम उप (वर्ष) सिंग BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof ठपभोक्ता कार्ड अत्य अव्य वर्ग प्रमाम पत्र अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की छाणा प्रति संसरन करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Catanaca atana ( Cammy 101 Pmma

Sr. No.

100

APPLICATION No. :

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम

पिला/कटुम्भ का नाम

OCCUPATION :

TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय

PAN No. PUTE THE THE

Sr. No.

क्रम संख्या

**BPL Card** 

(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलन्न करे।

व्यवसाय

FATHER'S/SPOUSE'S NAM

आवेदन संख्या :

10995

Mahech

क्रम संख्य Dighasla SUM ONLY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES क्या के हेत कोई अन्य महायुक्त किसी अन्य मन्नीत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम् संस्था	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वांत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रंगी
W4 400	DBCS	20001-

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा 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. 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 भोगण करत है कि इस प्ररूप में दिने गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई निवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरात की का सकती है। 2) मेरे द्वारा जो सहायक्ष राति "कोशिका फाइन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेत्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्ररूप में पर गया है। 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अग्य स्रोत/मियोजक/बीमा कम्पनी से प तो लिया है और न ही परिष्य में स्ट्रीग। AGREEMENT by APPLICANT (SHIPER SHI WAR) 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. (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. इस प्रयद्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की क्याप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका कार्डमेतन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा कम, पत, फोडे और जो विकरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एउन्, यानन्त/या दूसरे उन्दरेश्य से लुदी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तर माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रणात का विकरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, चता, फोटो और विवरण जो कि सहस्यता के उट्टेश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्वता का हकतार नहीं बन्हीता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा। APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताधर या अंगुर्त का निशान मरेशा AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पालस 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 rot granted by Kosnika 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, हस्ताशरी की ओर से मासले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिष सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से निम्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो तर्रायन और न ही पविषय में वितिय सक्षयता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, कैसे कि हमने "कोशिका फंडन्टेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्बुर नृही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहरवता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर्पर उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/केगी। 2. "कोरिंगका फारन्देरन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाइ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाटन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विप्नेदारी रोगी एवं हरंगताल को डोगी और "कोशिका" को कोई धृमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Tripathi ऑपरेशन की तारीख Dr. Akash Kumar (Name of Dr. Akash Kumar (Name of Dr. Akash Kumar वाकर का नाम प इस्तावर व रोज न dministrator (Namo pe Sinno files Cherita da XII signatory Hospital Salas a XIII Moha manadina beth आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताका 2