C18/07/0170

(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE Building block of life. APPLICATION No. : V 0718 0372 Sloc/FOLD आवेदन तिथी अववेदन संख्या : SEX feft AGE-YEARS अप-पर्य NAME of APPLICANT ! Chandra Vati आवेदकः का न्या 65 FATHER SUSPOUSE'S NAME: DO- Ninua PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता anchaci, po-bati, Martine . U.P. 28/004 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same OCCUPATION: MARRIED (डिवारित) / UNMARRIED (अविवारित) House wife ध्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: NA (उदाय का साक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आप NA PAN No. स्थाई खाता संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / उही क्या आप आप कर दाता है (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Relation with Applicant Age (Years) Sr. No. लिंग आवेदक के साथ सम्बंध उम्र (वर्ष) क्रम संख्या 10 Husband Parasad - wei BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहादता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई सक्य (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करे। (प्रयाण पत्र की छापा प्रति संशन करे। (प्रयाण पत्र को सावा प्रति संसान 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 सुची संलग्न क्रम संख्या Ims CURROLL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी आन्य स्त्रेत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. सी गई सहायता गर्मी अन्य स्त्रोत का नाम क्रम संख्य

SCEH

DECLARATION by APPLICANT: अशेरक द्वारा घोषणा पत:

- 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, it 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) में पोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिले गये सभी विवाल मेरी जानकारी के अनुसार रूप एवं सती है। मदि कोई विवाल एवं कथन असम्प प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निस्त की वा सकती है।
- 2) भी द्वार जो सतापता राति "कोशिका फाउन्टेशन", से तो जा तही है, तसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति को तिथे किया कर्यपा, जो इस प्रारूप में घट एक है।
- मैं पुष्ट करत हैं कि निस सहानत हेत यह प्रापेश की गई है, उस दिए का आंत्रिक या सकत हिस्सा किसी अन्य झंद्रतियोक्काबीय कामरी से न तो तिया है और न ही चीव्या में सुँगा

AGREEMENT by APPLICANT (applies and wort)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्तावर या अंगते की आप तामकर, मैं (अवंदक) अपने सत्यति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फराईडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेध नम, पत्त, फोर्ट और जो विवाय इस प्रथम में मोधित हैं, उसे "कटेशिका" एक्स् न्यासी, दान, यासकाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रशासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रशास का विवास मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फराउडेसन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थरक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा प्राम, प्रता, फोरो और विकास जो कि सहायता के उप्पेरमों से प्रार्थत है मुझे स्वत: सहायता का हकपार नहीं कनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवए उसके न्याधियों का निर्णय अतिम और कामकारी होगा।

APPLICANT SIZE MATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (\$19000 \$10 \$101)

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 अभिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामानेगोणी को "कॉलिका फाउन्देशन" से वितिप सहायता हेतु सिकारिश की आती हैं, जिसे हम (हस्पताल) दिन प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से अर्थमान और न ही प्रविध्य में वितिप सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्वीत से उक्त ग्रेगी/मामाले में लेंगे था से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" में सिकारिशाविनीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" हम गदर हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हम सहस्था किसी अन्य की काम्याता किसी अन्य सामान की से अर्थाताल किसी अन्य में किसी काम्याता किसी अन्य सामान से सहस्थात तरे था अधिकार सुर्दिशा रखाता है। इस पूष्टि में समय कहा जाता है कि अस्माताल दिशीय घटर उस्त ग्रेगी/मानले हेतु किसी मैर सामाने की सम्बन्ध मा किसी अन्य सामान से नहीं लेगारिशावित करता है।

2. "क्रोडिका काउन्तेशन" सं तो गई सहस्था केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा यो गई सलड़ या किये गये उपवर/प्रक्रिया का जुनाव रोगी एवं इस्पूर्ण S EVE () के बीच का विषय है और "क्रोडिका फाउन्तेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की साथ विषय है गींगी एवं इस्पूर्ण की होगी और "क्रोडिका या किय्येसरी इस मामले में लग्नी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपोलन की लगिस

17/07/2018

Dr. Ashwini Kumar MBBS.MS.FICO Reg. No. 66028

(Name of Dr. & Regn. No. of Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ মং ভদ্মভাল অধিকৃত্ত অধিকৃত্ত অধিকৃত্ত

Administrati

de

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION वान्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Enfungel

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तासर 2

lite