C18/08/0078 -

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)

APPLICATION No. 1 आवेदन संख्या :

0818 0312

APPLICATION DATE: 10/08/10 आवेदन तिथी

foundation Sulding block of life.

NAME of APPLICANT: अविदय का राम

Indra Rai

AGE-YEARS आयु-पर्प SEX PHY

FATHER'S SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्म का नाम

Saywar Singh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत

anove

leh. -

Alwar

Kajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आधारीय पता

लिंग.

0312

POST OP InderD Bai

OCCUPATION:

abouter

MARRIED (PHIST) / UNMARRIED (HPHIST)

PERPPE

TOTAL ANNUAL INCOME: 62,000 (Attach Proof of Income) N A

मूल परिक आप PAN No. THE TEST HISTOR

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या अप अप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निरान लगाये।

Yes /No हां / नही

FAMILY DETAILS परिवार विवारण Age (Years) Gender

तम् (वर्ष)

Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध

Name of Family Member Sr. No. क्रम संख्या परिवार को सदस्यों का नाम

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सवापता के लिये किनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) नरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संशान करे।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आधा प्रति संसम्न करे।

Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रयाण पत्र की छाया प्रति संतरन करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संक्रम

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Qiasno so s

weggery

RE- SICS + IOI

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रांत से लिया गया हो?

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. लो गर्व सहायता रामी क्रम संख्य अन्य रखेत का राम

DECLARATION by APPLICANT: आवेरण द्वारा चौचणा 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, a 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 assistant, 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.
- मैं फोबना करता है कि इस प्रक्रम में रिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवास एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी प्रवासता निरात की ना सकती है।
- 2) भेरे द्वारा को सहायक प्रक्रि "कोशिका फाउन्तेशन", से ली का को है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यण, जो इस प्रकृष में पर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहस्ता होतु यह प्रार्थण की गई है, दस शति का अतिश्व या सकत दिन्सा किसी अन्य म्रोठ/पियोडकाणीया कामनी से न तो तिस्य है और न ही परिष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (aptive git with)

- 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 प्रयह पर अपने हस्ताबर या अंदर्श की काप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेंग चम, फाउ, फोटो और जो विश्वरण इस प्रयत्न में खेखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनात्वा इसरे उद्देश्य से बुद्दी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलोदक) इस बात से सहस्ता है कि मेरा नाम, पता, पतेले और विवरण जो कि सहामता के उट्टेंटमों से आर्थित है पुत्रे स्थत: सहामता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "अतिवार" एवम उसके न्यस्ति का निर्मय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

को होगी और "बोलिका" को बोर्ड चुपिका या जिम्मेशरी इस मामले में नहीं होगी।

अप्रकेशक को हमताकर या आंगुड़े का निकान



AGREEMENT by HOSPITAL (KINNIH STO WOL)

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 लिएक्ट, हस्ताधरी की और से मामछेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बिटिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यतात) निम्न प्रकार से मान्य थ स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो फांचान और न ही धीवम्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी लाग प्रकार से उक्त छेटी-पासले में लेने मा ले से है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो पाद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हार सहायता विनार लागिक लागिक लागिक सकता है। मन्दर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी लाग मा किसी लगा समाधान से महायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्वर में स्पष्ट कहा जाता है कि अवस्थान हिलीय पदद उक्त रोगी-पासले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था का किसी लगा सामन में नहीं लेन्दरलेगी।

2 "बोशिका फाउन्टेशन" से शी गई सहायत क्षेत्रल विशिष प्रवृत्ति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार में गई सलाह या किये गये उपचारणिकमा का मुनल रोगी एवं इरणताल के बीथ का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवास नहीं है। इस्रतिलं इस्पताल में रोगों में इलाज सुएका और जाने जोने की सारी जिम्मेदानी रोगी एवं इस्पताल

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑप्रेशन की तहीख Dharm Singh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital), wall (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. जम न प्रदासमाधन अधिकृत अधिकारी डाक्टर भी पांच व इंग्लेश व ग्रेंड, न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्टाक्षर ३ न्यामी हमताक्षर ।