## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेत आवेदन प्रारूप

(Healthcare) (स्वास्थय देखभात) foundation

|           |         |     | _   |      |          |
|-----------|---------|-----|-----|------|----------|
| APP       | 1110    | 4.7 | nn. | ы л  | Marcon . |
| Mar. P.   | and the | m.  | -   | PS-1 | wo.      |
| The sales |         |     |     |      |          |
|           |         |     |     |      |          |

A 1118 0545

APPLICATION DATE: 1911118

Building block of life

NAME OF APPLICANT आधेरक का नाम

ocogn Mal

AGE-YEARS अप- पर् SEX firin 72 M

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

Hhisha Rym

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय परा

Rh. - Laxmangarch

Rejosthan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पाई आवासीय परा

Preop.

0545

200

Pottor Prozam

Mas

as above

OCCUPATION:

Labourer

MARRIED (fittifite) / UNMARRIED (offittifite)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आप

60000

(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)

शिंग

m

PAN No. स्पाई खांडा संख्या

Sr. No.

क्रम संक्ष्म

Name of Family Member

परिवार के सदस्यों का नाम

Yes / NS

उम्र (वर्ष)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (वो मान्य हो उस या सारी का निशान लगाये।

> FAMILY DETAILS परिवार विवारण Age (Years)

Gender Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध

84

Dictanoris

SOM

SOM

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्राया प्रति संसम्ब प्रते।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाग पत्र (प्रमाण पत्र की साम्ब प्रति संतरन करे।

Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ट (प्रमाण पत्र को छान्य प्रति संतरन करे।

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संस्था

Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुधी संसान

MSC

RE-81CS +101

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

NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED. क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम सी गई सहायता राशी 5051

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा गोपना 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 assistantiable for rejection/cancellation.
- 1 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 for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये शर्थी विवदण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सारी है। यदि कोई विवाण एवं कचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की जा स
- 2) मेरे द्वार जो सहस्थत रहित "बोहिका फरवजोशन", से श्री जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृष्टि के शिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रत्येग की गई है, इस प्रति का ऑतक म सकत हिस्सा किमी अन्य फ्रोटनियोजक/बीम कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में तुँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (suite po wor)

- 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 riame, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to vertial, 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 हस्ताधर या अंगते की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोतिका फाउंडेशन और उसके न्यालीखें " को अधिकृत करता हूँ कि मेंग चम, पता, फोटो और जो विवाश इस प्रश्न में खेषित है, उसे "क्रोतिका" एवम् न्याली, रान, याक्यान्य पूसरे उप्तरंप से जुड़ी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवाश मेरे इत्तर के फटले या बाद से करने के लिए "क्रोतिका परत्यत्वेसन" व न्याली अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, बात, फोटो और विकाल जो कि सहस्थत के टर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कॉशिका" एक्य् उसके न्यांसियों का निर्णय अर्थित और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्थन्य के इस्टब्स् या अंगूरे का निशान



## 

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:

It has 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 अधिकृत, हरताक्षपे को ओर से मामाने/पोगी को "कोतिका फाउन्देशन" से वितिप सहायता हेतु तिरशारित की जाती हैं, जिसे हम (हरगतात) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इपने "कोशिका फाउन्डेशन" हो। मदर हेतु कि है। चिंद "कोशिका फाउन्डेशन" हा। सहायता किती अभिकास लेंगे मन्त्र नहीं किया जाता है तो अन्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यापन से सहायता लेंगे का अधिकार मुर्दिका रखता है। इस पुष्टि में स्थय कहा जाता है कि अल्यताल दिलीय पदद उका रोगी/मामले हेंदू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका चावन्देशन" से शी गई सहायत केवल विशिष प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गई उपवादश्रक्षिया का चुनाव देगी एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी को इलाज सुएका और आने जाने को सारी जिम्मेदारों रोगी एवं इस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई शरीका पर विशोदारी तक प्रवाद में जूनी होती।

|  |   | IDED FOR ACCEPTENCE<br>के लिए संस्तुति  |  |  |
|--|---|---|--|--|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तरीय          | (NaDion Di Regulation Singh<br>SIMS to State 100000 | (Name, Designation & Buthill by Authorised Signatory A off penalt authorities  SHIKA FOUNDATION অৱবাদি অব্যান ইব্ |  |  |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यामी इस्तावर । |   | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी इस्ताशर 2  |  |  |
| 8  | fungel  | lite.   |  |  |