C19 02 0072

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखमाल)						Koshika	
PLICATION No.:		2/0772	आवेदन तिर्ध	ON DATE :		Building block of life.	
AME of APPLICANT :			AGE	70	F	60	
THER SISPOUSE'S NAME SPECTH IN THE	it .	Duda	nees udors	তৰজীয় খন	-		
11.	Musa	Ph. EMBOR-NI	12h	righten	yarh	0.40	
rst.	Alwa	MANENT RESIDENCE ADD	RESS: PUT S	श्वामीय पता		preop Postop 0772 Anguri	
		BS Phove					
CUPATION: Labourer						n) / UNMARRIED (अधिवाहित)	
वसाय STAL ANNUAL INCOME : ल वर्षिक आय	85,00				(Attach Proof of I (आय का सास्य	Income) संसम्भ) Va	
4 No. स्थाई खाता संख्या	ARRESTEE /TI	Mrs.	):	Yes / No हाँ / नहीं	_		
। ज्या आप कर दाता है (	वो मान्य हो उस	पर सही का निशान लगाये।	FAMILY DE	TAILS परिवार वि	विरण	Relation with Applicant	
Sr. No.	Name of Family Member चरिनार के सदस्यों का नाम		Age	(Years) (वर्ष)	Gender शिंग	the same attends	
प्राम संस्था	Alcold at diven by he				M	son	
<u>a)</u>	Vikarm		2	5	10-1	56.11	
		BASIS for REQUESTI सहायता के लिए	ING ASSISTANC	CE (Tick whiche	ver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र पाण पत्र की सामा प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाग पत्र (प्रचाग पत्र की क्षाया प्रति संलाग करे। (प्रमा		(Atta	ion Card ach Copy) ोक्ता कार्ड समा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
O-1 11 11 11 11 11		*PURPO	iSE" for REQUE इता हेत् किये गर्थ	STING ASSISTA विनती का उर्दे	INCE: Eq:		
Sr. No.			Madigal	Reports/Prescr	riptions Attached ई प्रतिबंदन सूची संश	pq.	
क्रम संख्य	Diagnosis - RE - PP						
(1)	LE - Imsc						
					THE PARTY OF THE P		
(2-)	Surge	λų - ·	LE	- 5	ICS +	101-	
(2)	Surge		***************************************	HE WELLDROSS	From OTHER SOU	JRCES mt?	
	Surge	ASSISTANCE BEING A	AVAILED for SA L कोई आन्य सहा ER SOURCE	HE WELLDROSS	From OTHER SOU	JRCES nt?	
(2_) Sr. No. इम संख्या	Surge	ASSISTANCE BEING A इस उद्देश्य के हेर NAME of OTHE अन्य स्थोत	AVAILED for SA L कोई आन्य सहा ER SOURCE	HE WELLDROSS	From OTHER SOU	JRCES m <sup>2</sup> ?	

## DECLARATION by APPLICANT: अस्पेटल द्वारा पोपणा 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 is 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 sech 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 है कि इस प्रकल में दिये रागे सभी विकास भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सभी है। यदि कोई विवास एवं कम्पन जासन पामा जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) भी द्वारा जो सहापता राजि "कोशिका फाउन्देशन", से शी जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राक्रण में यह गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि किए सहायश हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राति का व्यक्तिक या सकत हिस्सा किसी अन्य सोतानियोजकाबीय कामनी से न तो तिया है और न ही परिष्य में सुँग।

# AGREEMENT by APPLICANT ( seitce git wit()

- 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 प्रवर पर अपने हरताक्षर या अंगठे की प्राप्त लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेरान और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, वायनाध्या दूसरे उन्होत्त्य में नुही गतिविधियों ओर डयल्डिक्यों के लिये किसी भी उत्तर माम्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रवह का विवरण मेरे इलाज के पत्रले या कार में करने के लिए "कॉशिका फाउडेरान" व न्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाश जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का तकरार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

#### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अप्रदेशक के इस्तावार या आंगूने का गिलान

Right

### AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पतात 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 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. इमारे अधिकृत, इस्तावधी की ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से बितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पतात) निग्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं। 1) यह कि व तो बर्तमान और व ही धीषध्य में बितिय सतायता किसी गैर सरकारी संस्थान चा किसी अन्य स्वीत से उका प्रेगीध्यमाने में लेंगे या तो रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका परउन्तेशन से विकारिशाधिवति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आंशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पतात किसी अन्य गैर सरकारी संस्था चा किसी अन्य सन्ताधन सेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पूष्टि में स्पन्त कता जाता है कि अस्पतात द्वितीय स्पर्द उका रोगी-पामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग्यलेगी।

2. "क्षीतिका फाउन्डेशन" से तो गई सहायता केवल विदिध प्रकृति की है। रोगी पर इस्प्याल द्वारा यो गई सताह या किसे गये उपचारप्रक्रिया का मुनाय रोगी एवं इस्प्याल के बीच का विश्वय है और "क्षीतिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्प्याल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की साथै जिम्मेदारी रोगी एवं इस्प्याल की होगी और "क्षीतिका" की कोई सुमिका या किस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

#### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति MASSEY Date of Surgery Dr. Dharm Singh ऑएरेतन की तारीख (Name, Designation & Stanfood Authorised Signatory or behalf of Phispital) (Name of Pc & (Repr. Wo. with 04/02/19 नम व<sub>र</sub>पर हांमेरील अधिकृत अधिकारी डाक्टर की नामे व्यवस्थान 🗘 छैंके 🗟 आन्तरिक उपयोग हित् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2