APPLICA'	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्वय देखमाल)			Koshika foundation Bullang breck of tile					
	0219 1		APPLICATION DA आवेदन तिथी AGE-YEARS		2/19 sex fett	- Bred			
ae of APPLICANT : एक का नाम	mah	avers singh	75		M	(5)			
HER'S/SPOUSE'S NAME /कटुम्प का गान	· Dam	i lal.	es water आवासीर	पत	- 2	E.			
Nagla S		a , Mahava	n			Preop	Postop		
-	DI\$4 PER	MANENT RESIDENCE ADDRE	) • P 26	पता		MELLI	Postop ahaveen Sings		
		ame as out	OVC						
COUPATION: (	Inemp	loyed		- 1	Attach Proof of	HED (Radika) / UNMARRHED (officelita)			
TAL ANNUAL INCOME : ल वार्षिक अप	NF	loyed F			(अग्रय का साध्य	संलग्न) 🔼 🗓			
N No. स्याई खाता संख्या	LOOPPOSE OF	ick whichever is applicable): पर सही का निरहन लख्ये।	Y	es/No i/ নহী ৬					
। आप आग कर दाता ह (		The state of the s	FAMILY DETAILS Age (Years		Gender	Relation	with Applicant के साथ सम्बद्ध		
St. No. क्रम संख्या	Nam परिव	e of Family Member शर के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)		लिंग	alid/a	4 114 11-11		
				-					
				-					
		BASIS for REQUESTIN	- LOUISTANCE (The	, whichaver	is applicable)				
		BASIS for REQUESTIN यहायता के लिये	G ASSISTANCE (FIC विनरि आधार	K WINCINSTO					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के गीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसाम करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Co आन्य आव को प्रमाण प (प्रमाण पत्र को स्नाया प्रति सं	TO TO	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रयास पत्र की कार्य प्रति संसन्य क		30	Any Other Basis/Proof न्य कोई सास्य		
Otto ex at all all	000000000	-purposi	E" for REQUESTING इंतु किये गये विनती	ASSISTAN	CE:				
Sr. No.		H8140	Medical Report अस्पतास/डॉक्टर से व	s/Prescript	ions Attached	Attached २ सची संतरन			
क्रम संख्या			अस्पतासम्बन्धः स	10 101 14	March Co.	We -			
	RE	- IMSC							
	(P)	- P. P							
			SICST	- 7001					
		W/11 - (DC)	27001	101	-	1115			
	Sibr	9							
	Sibij				AND SA	WIDCES.			
	Sibr	ASSISTANCE BEING AV	AILED for SAME "P	URPOSE" fr भी अन्य स्त्रो	om OTHER SO त से लिया गया	URCES	BEING AVAILED		
Sr. No.	Sibij	ASSISTANCE BEING AV इस उद्देश्य के हेतू NAME of OTHER अन्य स्थोत व	SOURCE	URPOSE" fr सी अन्य स्त्रो	om OTHER SO ल से लिखा गया AMO	JURCES हो? UNT of ASSISTANCE श्ली गई सहायत	BEING AVAILED । चर्सी		
Sr. No. क्रम संख्या	Sibis	इस उर्दरम के हेंगू NAME of OTHER अन्य स्थीत व	SOURCE	URPOSE" fr सी अन्य स्त्रो	om OTHER SO त से लिखा गया AMO	UNT of ASSISTANCE	BEING AVAILED चर्ची		

#### DECLARATION by APPLICANT: अप्येदक द्वारा प्रीक्त पर:

- 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 an 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.
- 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.
- में घोषणा करता है कि इस प्रकृष में रिप्ते गये सभी विवाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। मिर कोई विवाण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- भेरे हात को सहायता एति "कॉरियका फाउन्टेशन", से ली का खो है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, को इस प्रक्रम में भग गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहस्रता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ओठनियोजक/बीया कम्पनी से न तो तिया है और न ही परिषय में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रत्य पर अपने हत्ताका या अंगते की क्षाप लाकर, मैं (आवेदक) अपने कहाती की पुष्टि करता हैं एवं "क्रोतिका फाउंदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो किवाग इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "क्षोतिका" एवम् न्यामी, रान, माक्ताम्य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों से लिये किसी भी प्रसार नाम्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयास का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "क्षोतिका फाउन्डेमन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अव्येदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पत, फोटों और विकास जो कि सहामता के उन्तरमां में प्रार्थित है मुझे स्थान का तकपार नहीं कराता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांगियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थरक के इस्ताधा या अंग्रे का निशान

# A1808

#### AGREEMENT by HOSPITAL (ERVINE DIT WITE)

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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेपोणी को "कोशिका फाउन्टेशन" से चितिय सहायश हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तातान) निज्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो मंदिल्य मंदिलन सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त ग्रेगी-मामले में लेगे या ले तो है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन"

- में क्रिक्शिकाविकांत उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हात भरद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हात सहायत विनति अशिका/सकल हेतू मन्त्रूर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था मा किसी अन्य सामाध्य से सहायत लेने का अधिकार सुर्वश्वत रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल दिलीय मदद उच्न रोगी/मामले हेतू किसी वैद सावजी संस्था था किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कोशिका फाउन्देशन" से तो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाव या किये गने उपकारप्रक्रिया का मुगव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विकास है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुपक्षा और आने जाने की साधै जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होनी और "कोशिका" की कोई स्थिका या जिम्मेदारी उस पायले में नहीं होगी।

		Was a			
	RECOMMEN RECOMMEN	iDED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्युति	्ट्रिं		
Date of Surgery ऑक्सेन की तारीख 13/02/19	Dr. PRIVA AGRAN RECOMMEN स्वीक्ती MCI NO. 58417 Sign	नम व पर इस्पतन अर्थन अर्थन	(Rame, Designation & Stamp of Authorised Signature) on behalf (1900-pital) नम व पर इस्पतन अस्ति अस्ति।		
	FOR INTERNAL USE of KOS	SHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्			
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी अस्ताकार 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्तामर 2			
	Safungel	lit			