0478 C19 02 Koshika (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life. APPLICATION No. : APPLICATION DATE 70219 11239 आवेदन विधी 0219 Helpage Inf Helpage Ind आवेदन संख्या : AGE-YEARS अप- पर् SEX ferr NAME of APPLICANT: y: Conc. y: nitaj (ty Eve nitaj (U Singh Chaudhavil अवंदक का नाम and ! y Eye FATHER'S/SPOUSE'S NAME Padam Singt पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पत Przop Patop huam Nagan H-No-39 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE SHIRITIN VIII (1239) Bhim Singh Chaydheri same as also be MARKIED (বিদারির) / UNMARKIED (কবিবারির) OCCUPATION: Unemployed व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: NA (आय का साध्य संलग्न) कुल वार्षिक आग PAN No. स्थाई खाता संदम ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप अरूप कर दाख है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / मही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध परिवार के सदस्यों का नान उम्र (वर्ष) लिंग क्रम संख्य 46 Kamahr 30 h М 22 mahan Dautaktu 37 ielest 4 rem M Son 4 内门 Harrandgra EASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायका को लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Cartificata (Attach Cartificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) उपधोकता फार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अवय वर्ग प्रयाम पत्र अन्य कोई साक्य (प्रयाग पत्र की साथा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संसन्त करे। (प्रयान पत्र की प्रस्य प्रति शंतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सदायता हेत् किये गये विनती का उर्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से चारी की गई प्रतिवेदन सूची संसान ऋष संख्य RF. p, pMSC 51CS + TOL SUHJEN ASSISTANCE BEING AVAILED for BAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरम के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE SEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता उसी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्य SCEH

DECLARATION by APPLICANT: MINE ER WHITE THE

- 1) 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 assistant
- 2) 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, eval of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/fosurance company, of the amo
- for which this assistance is requested. मैं चोकण करत हैं कि इस प्राप्त में ऐसे गये तथी कियरण मेरी वारकारों के अनुमार तथक एवं नहीं है। मेरी कोई विकास एवं कमार प्राप्त पास बात है तो मेरी महापत निस्त की का सकती है।
- भी द्वार को सहस्ता गाँउ "कोशिका कारकेशन", में की का स्त्री है, उसका उपयोग रही करेंगर की पूर्व के लिए किया कार्यक, जो इस प्रथम में वह गया है। मैं पुष्ट काल है कि लिए मालक हेट का प्रार्थत को गई है, जस स्तीत का कालक का सकत किसी काम संदर्शनसेवकरयोग कामने से न ले तित्व है और न श्री परिवय में मूँका

AGREEMENT by APPLICANT (2010/05 (201 WO))

- 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 Koshiks 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.
- इस प्रयह पर अपने इलाखा या अंग्रें की साम लगका, मैं (आनंदक) अपने सहयों की पुष्ट करता हूँ एवं "क्वेंशिका पार्ट्डाए और उसके जाती में " को ऑफ्ट्र करता हूँ कि मैरा चय, मत, फोटो और जो विवरण इस प्रवह में मोबित है, उसे "कोशिका" प्रवम् न्यासी, दान, कावनाथ पूनरे उत्होरन से सुद्री परिविधियों और उपलब्धिये के लिये किसी भी प्रसार भाष्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का दिकास मेरे इत्हान के घडले व्य बाद में कार्य के लिए "कोशिका फारवेंसन" व न्यांती अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरम) इस बत से सहस्ता हूँ कि मेछ सम, पत्रें, फोटों और विकास को कि सहस्ता के उन्हेंहर्जें से प्राचित है मुझे समा: सहस्तत का इकटार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्वतियों का निर्मय ऑक्टर और श्राध्यवारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सामेशक के प्रसादत का मंगूडे मह-शिवान

AGREEMENT by HOSPITAL (EVIDER DR WOR)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

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 (Hospital) hareby affirm & accept following: 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 shortfull 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 Koshiha 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 अधिवृत, इस्तवरों को रहेर से मामारे/होगी को "कोशिका परहन्देशन" में मिटिन सहस्ता हेतु शिफारिश को नाती है, विसे इस (इस्पटात) निम्न प्रयार से माना य स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तन्तन और न ही व्यविष्य में विदिय सहायश किसी मेर सरकारी संस्थान चा किसी अन्य रखेर से ठका सेगी/जन्मते में लेने चा से रहे हैं, जैसे कि इसने "क्षोशिका पारान्देशन" से सिफारिकामिनोंट उसत के सम्बंध में "मोशिका फाउन्येशन" हास महर हेतू कि है। मेरि "मोशिका फाउन्येशन" हास स्वामन विनंद आशिकासकल हेतू मन्तुर नहीं किया बात है से अस्पतास किथी अन्य पेर सरकारी गांचा च बिजी वान्य ग्रान्तायन से व्हायता लेने का अधिकार सुर्वित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा बात है कि असरकार द्वितीय मदर उस्त होगी/पायले हेटु किसी गैर सरकारी संस्था या विक्तों अन्य साधन से नहीं शेन्य-शेनी।

2. "क्रोशिका फाउन्टेशन" में शी गई मतायक क्रेक्स विकित प्रकृति की है। ऐपी पर इस्पकत द्वाद की गई मताइ या किये पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केली एवं प्रमुक्ति के बोच का विरुष है और "कोतिका फाउन्डेशन" हाए किसी प्रकार का कोई स्थाय नहीं है। इसरियं हरमदाल में रोनी के इलाम गुरहा और उठने जाने की सार्थ भी होती और "कोरीसा" सी कोई शुरिका या शिल्मेवर्ष इस पापले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपोशन को तारीस 02

Dr. PRIVA AGRAWAL MCI No.-58417

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) द्वाप्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न.

Molevan Dis (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ग्रम व पर हत्यवात अधिकृत अधिकारी

Administratos

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अस्त्रीक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याची हरताहर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यांची इस्टाक्षर 2

09.08.2018