C19/04/0501

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION DATE: 11 0 4 19 APPLICATION No. : Building block of life. 04191 0005 आगेदन ग्रंथया : आयेदन तिथी AGE-YEARS SITE-TH SEX felt NAME of APPLICANT: hatuni आवेदक का चाप 70 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Rahmat पिता/कटुम्य का नाग PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village Hunchpur kalan 1 ch - Hathin Precop. Postos PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : PUT SERIATE VIE Khatuni 0005 as above OCCUPATION: Housewife MARRIED (विचारित) / UNMARRIED (अविचारित) TOTAL ANNUAL INCOME: 65000 (Attach Proof of Income) (আৰ কা মাহৰ মধ্যৰ) कुल वार्षिक आप PAN No. पदाई खाता गांध्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable); Yes (No वर्ष) नहीं क्या आप आग कर चाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निहान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Sr. No. Age (Years) Conder Relation with Applicant क्रम संख्या टम (वर्ष) िंग आवेदक के साथ सम्बध KOOP 20 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाम पत्र मत्प भाव वर्ग प्रयान पत डपपोक्त कार्ट अन्य कोई सास्य (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलान करे। (प्रयाग पत्र की क्रथ्य प्रति संतान करे) (प्रयाग पत्र की साथा प्रति प्रतित्व करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनदी का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पतास/डॉक्टर से वारी की गई प्रतिवेदन सुची संतान क्रम संख्या 4 . Blog noms Sweeny E-SICI+LOU ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहस्वता रामी SCIH

DECLARATION by APPLICANT: SURVE BY VIVE YES

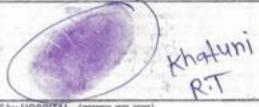
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistants. Sable for rejection/cancellation.
- I solentify confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assists
 was requested by me.
- I hereby confirm that I have not 8 will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the ameter which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषण करता है कि इस प्रकृत में रिये गये सार्थ विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं नहीं है। मेरि कोई विवास एवं करान आराय करता है सो मेरी सहायात निस्ता की का सकती है
- मेरे क्रम को सहाबाद सांत "क्षेत्रिका पहान्नेशन", से सी का रही है, उदाका करवेग उसी उदेश्य की पृष्टि के सिन्दे किया कार्यक, को इस प्रकृत में घर गया है।
- मैं पुष्ट करत हैं कि किस सहायश हो यह प्रार्थन की गई है, इस पति या व्यक्तिक क सकत दिस्स किसी अन्य खेळिनियंकक/भीम कामरों से प तो तिया है और न ही पनिम्म में सुँका

AGREEMENT by APPLICANT (and the grow wort)

- 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/echievements. 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 requestedigranted, will not automatically antitie 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 ecceptable to me.
- 1) इस प्रत्य पर अपने इत्तरका या अंगठे को प्राप लातकर, में (आवेदक) अपने प्रत्यादि की पुष्टि काता हूँ एवं "कोशिका कार्यदेशर और उपके न्यातीयों " को अधिकृत काता हूँ कि मैब सम, क्षण, कोई और यो विकास इस प्रया में केरिया है, उसे "कोशिका" एकर न्याती, पान, याकारण मुझरे उप्तेशक से खुडी व्यविधिकों और अवस्थितों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रताय कार्य के लिया की प्रताय की प्रत
- 2) मैं (शावेदक) इस बात से शहमात हूँ कि ऐस बाम, एस, फोटो और किशाण भी कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वयः कहायता का तकार नहीं काता। इस सम्बंध में "क्वेंशिका" एसप् उसके न्याहियों का निर्णय और वाष्प्रकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेषक के इस्तावर या अंदूवे का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$7990 grd \$01)

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 of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

हमारे आंधवृत, इश्तावरी भी और से मानले/रोगी को "क्षोशिता पराज्येतन" से पिटिय महायता हेतु शियांतिस भी जाती है, बिसे इन (इस्पारत) पिन्न प्रवार से मान्य **म स्थैयार करते हैं।**1) यह कि म से मांस्र और न ही क्षियन में पितिन सहस्ता दिसी पैर सरकारी संस्थार या किनी अन्य कोत से कात सेगी-पामले में लेंगे मा से रहे है, मैसे कि हमने "कॉरिका फाउन्डेशन" से सिलाईरा/पितीट उत्तर के सामाय में "कॉरीका फाउन्डेशन" हात सहस्ता की सम्मात

- किसी अन्य पैर शरकारी शंत्या या किसी अन्य रान्याप्त से प्रशासत लेरे का अधिकार सुर्वधात रखात है। इस पृष्टि में एक्ट कहा जाता है कि अस्पतास हितीय परद उकत केसी/पामले हेतु किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेक्ट्रोपी।
- 2. "ब्बीतिका पारत्वेशन" हे सी मां बाहाया बेचल विविध ह्यांत की है। ऐसे पर इस्पाल हात से महं बाहाड का किये गये उपचार/क्रिया का पूराय हेती एवं इस्पाल
- के बीच का क्रिया है और "क्रोतिया फाउन्येशन" हाए किसी प्रकार का नोई एकाप नहीं है। इससिये इसरकार में छेती को इसका सुरक्ष और उपने जाने की सारी किम्मेदारी येगी एवं इस्पतास को होती और "क्रोतिया" की कोई मुनिका या क्रिनेदारी इस पानते हैं, पती होती।

RECOMMERDED FOR ACCEPTENCE स्वीयाती यो लिए संस्तृति Date of Surgery ऑफोल को छाउँक Dr. Dhalim Singh U MASSEY 104/1 (Name, Designation & Starte of Authorised Signatory (Name of M.S. ASP House Starte) THE REE! NO. W028084 जन्दरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA-FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 नारी इस्ताधर । न्यसी प्रस्तास 2