APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE oshika (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्यय देखमाल) foundation APPLICATION DATE: 16 04 19 APPLICATION No. : Building block of life. 0419 0035 आवेदन संख्या : अरवेदन विधी AGE-YEARS STIT-11 SEX TRIT NAME of APPLICANT : Corosal Ram आवेरक का नाम 50 1-1 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Nathu Ram पिकाकटुम्म का गाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS पर्तमान आधासीय पता Village PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वाई अववासीय पटा A 14302+ Postop. Porcop. bropal 0035 as about Rom -armer OCCUPATION: MARRIED (Rafes) / UNMARRIED (ARafes) रववसाव TOTAL ANNUAL INCOME: 79000 (Attach Proof of Income) कुल चार्चिक उद्य (आद का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई साता संख्य NO. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes No क्या जाप आब कर दला है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान राखये। FAMILY DETAILS परिवार विवाण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के उत्तरमों का नाम उम्र (वर्ष) सिंग आवेदक के साथ सम्बध ag dish 90 Son 4 m son (li 31 Tukan m BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहत्वता के लिये विनति आधार BPL Card Ration Card (Attach Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के चीचे प्रमान पत्र अल्प अस्य वर्ग प्रमाण पत्र टएमोक्ट कार्ड अन्य फोई साध्य (प्रमाण पत्र की क्षाया प्रति संसम्ब करे। (प्रमाण पत्र की प्रधान प्रति ग्रांसन्त करे। (प्रमाण पत्र की काम प्रति शंकान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उददेश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से चारी की गई इतिवेदन सूची फंलान MSC 2 monto Surcescy SICS 4100 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE Sr. No. AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्बोद का नाम सी गई सहायता राशी SCHH

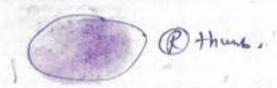
DECLARATION by APPLICANT: अहमेरक द्वार पोषण पत्र:

- 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 assistal 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.
- I hereby confirm that I have not 8 will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other cource/employenineurance company, of the after which this assistance is requested.
- 1) मैं चोषणा करता हैं कि इस प्राप्त में रिये गये सभी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई तिवाल एवं कावन असाय चारा जाता है से मेरी सहावशा लिस्त की का सकती
- 2) मेरे द्वारा जो सहायदा राति "वंतितथा फाउन्टेशन", से तो था रही हैं, उसका प्रकार क्योंग ठठी ठरेतर की पूर्वि के सिसे किया व्यवेग, जो इस प्रकार में बाद पदा है।
- मैं चुंदि कता है कि कि। प्राप्त केंट्र पर प्रार्थन की गई है, तम ग्रींश का अधिक पा करना कि का कियों अन्य क्रोंग्रियोक्क बीच कम्पने के व वो क्रिया है और व वो परिवय में मुँका

AGREEMENT by APPLICANT (SERVE SHE WILL)

- 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 8 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 प्रयत्र पर अपने इत्तावर या अंग्रेट की वाप लयावर, मैं (आवेदक) अपने सहपति को पुष्टि करता हूँ इसे "कोशिका पाउंडेगन और ट्यक्ट न्यातीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मैस नाम, पता, पते और यो निवास इस प्रयत्न में पोणिस है, वसे "कोशिका" एक्ट् न्याती, पता, यापक्षण दूसरे क्ट्रेश के बुद्धी पतिविधियों और उपलिख्यों के तिये किसी भी प्रसार कामम से प्रवासित करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रयत्न का विकास मेरे इलाज के पहले में करने के लिए "कोशिका पाउटकेंसन" व न्याती अधिकत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बाद से सहन्तर मूँ कि नेत बान, पता, कोटो और विमान भी कि सहायता के उन्देशमें से प्रतित है मुझे स्वत: तहायता का हकपर नहीं बच्छा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवन उसके न्यांतियों का निर्मय और सम्बंधारी श्रीयाः

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (** TIBET BITL WEST)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial easistance 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 fulf, 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.

हमारे अध्यक्त, हाताबारे की ओर से पापलेपोगी को "कोशिया काउन्देशन" से विशिप स्टापस हेतु क्लिमीला की वाली है, जिसे हम (इस्पतात) पिन प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न से गर्नफर और न ही परिच्य में विशिप सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त सेमी,पापले में सेंगे का ते रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका पाउन्देशन" से क्लिमीला पाउन्देशन" हम सहायस विनाद अशिकासकार हेतु मन्तुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य मा किसी अन्य पायक से पायक से से अस्पताल किसी अन्य मा गैर सावकार प्राची किया मा किसी अन्य सावन से पायक से पायक सेने का अधिकार सुर्विण रखता है। इस पूष्टि में स्थाप बड़ा का है कि अस्पताल दिशीय मार उक्त सेगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सावन से नहीं स्थापी।

2. "क्वॉलिका पात्र-वेशन" थे भी पूर्व स्वारण्य क्रेक्स निर्धिय प्रकृति की है। ऐसी पर हरणाल प्राय थी पूर्व क्रान्य का क्रिके को उपकारतिकता का पुराय ऐसी पूर्व हरणाल के क्वेच का विकार है और "क्वोलिका पात्र-वेशन" प्राय किसी प्रकार का अपेट पात्र का क्वेड एका पात्र है। इस्तीयों हरकाल में ऐसी के इताल सुराय और अपी कार्य की साथ जिस्मेदारी सेथी पूर्व हरणाल की क्वेड "क्वोलिका" की क्वेड प्रविधा पा विकारण है का पायल में पत्री क्वेड ।

Pate of Surgery अपरेशन को लिए परितृति

Dr. Dharm अति।

(Name, Designation A State of Authorised Signatory on behalf estraspital)

(Name, Designation A State of Authorised Signatory on behalf estraspital)

(Name, Designation A State of Authorised Signatory on behalf estraspital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अवसी इस्तावा 2

Suffernal

Su