C19/04/0068

(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE oshika (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life. APPLICATION DATE APPLICATION No. : 5047 आधेदन तिथी 04 आवेदन संख्या : AGE-YEARS STIT-TH SEX film NAME of APPLICANT: ۵ आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : irottam पिता/कट्रम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान आवासीय परा Patiyal Preop Postop (6047) Bhagwan Hathoryan kasgan DIST > PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आवासीय पता above 03 Same MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: House wife (Attach Proof of Income) NA TOTAL ANNUAL INCOME: (आय का साध्य संलान) कुल वार्षिक आय PAN No. THIS GIRLL HOW Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो इस पर सही का निशान समाय) हां / नहीं FAMILY DETAILS परिकार विकास Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध Age (Years) তম (বর্ম) Gender Name of Family Member Sr. No. files परिवार के सदस्यों का ताम Hushana क्रम स्व ROIVERS Anita Dallahter 40 Rineda BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विगति आधार Any Other Basis/Proof Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** BPL Card (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य ज्ञास्य आय वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीवे प्रमाण पत्र (प्रयाण पत्र को साद्य प्रति संतप्त करे। (प्रयाग पत्र की ग्राम प्रति शंलान करे। (प्रमाण पत्र की काण प्रति संसाम करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये बिनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या ΓMSC MS SICS +IO ZHALBOA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया ही? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE ली गई सहायता राशी Sr. No. अन्य स्वांत का नाम क्रम संख्य

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोत्रणा 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 all liable for rejection/candellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshike Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I nereby 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) में चोचना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवास एवं कमन असल्य चया जात है तो मेरी महायता निरात को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायत राति "क्रोतिश्वर फाउन्देशन", में ली जा रही है, उसका अपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया कार्यण, जो इस प्रारूप में मरा गया है।
- मै पुष्ट करत है कि किस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का अशिक या सकत हिस्सा किसी रूप झेल. नियोधक की म न तो तिया है और न ही पंकिय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अरावेदक 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 प्रयह पर अपने इस्तावर या अंगते की बाप लगाकर, में (आवंदक) अपने सत्तमति की पुष्टि काता हूँ एवं "कोतिका फाउंद्रेशन और उसके ज्यासीचों " को अधिकृत काता हूँ कि मेरा नाम, कता, फोटो और तो विवास इस प्रयह में चोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ज्यामी, दान, याचकाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्ध्यों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयह का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्हेंसन" य ज्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्था का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेरक के इस्ताधर या अंगुड़े का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हानवास द्वार 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:

- 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 अधिक्य, इस्ताक्ष्ये को ओर से मामलेयोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिप महायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इन (इस्पातल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो मिक्स में बितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी-प्यापले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वयंद करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त गेरी/प्यापले हेतु किसी

2. "कोशिका चाउन्डेशन" से शी गई सहायता चेयल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल इन्छ दी गई सलाह चा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुराव रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रधान नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोपी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी एक प्रधान के होगी और "कोशिका" की कोई मूर्पिका या जिस्मेदारी इस गामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Administrator ह्वीकृती के लिए संस्तुति Dr. ABHISHEK HAN Date of Surgery MCI No.-09-35572 ऑपोशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Archorised Signatory 13/04/19 on behalf of Hospital) (Name of Or, & Regn. No. with Stamp) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताशर 1