APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभात) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : 6 06/9 12019 Building block of life. आवेदन ग्रंथमा : आवेदन तिथी NAME of APPLICANT: AGE-YEARS STIG-WI SEX fein आवेदक का नाम Segum 60 FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्म का नाम 00 PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्ताचन अववासीय पत andhi iandalak Ü 0206 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS आकासीय पटा Gulzas Gulzas Begum Regum Post OP OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अधिवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय Licono (आय का साध्य संलग्न) PAN No. स्याई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या अवर आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निमान लगाये। Yos / No हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम Sr. No. Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या टम (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बंध BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विविध अधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof (Altach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रमाण पत्र की छाथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की शाया प्रति संशान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्य विनती का उददेश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पतास/कॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसरन ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्य अन्य स्वीत का नाम ली गई सदापता राशी BULEH

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वार योगना पत्र:

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 & engoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

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, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested. मैं धोषणा काता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी दिवाण मेरी जानकारी के अनुमार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्त्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निस्त को जा सकती है।

2) मेरे द्वार जो सहायता रहित "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेग, जो इस प्रकथ में मग गया है।

मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत होतु यह प्रश्नेना की गई है, उस रिति का अतिक या सकत दिनसा किसी अन्य मोट/नियोजक/बीमा कम्पणी से न तो तित्य है और न ही पविष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (SPICE DID WITH)

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 entitie 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 प्रपत्र पर अपने इस्तावर या अंगठे की ग्राप ललावर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत, फोटो और जो विकास इस प्रपट में भोकित है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, रान, याचनाया दूसरे उद्देश्य से जुडी गीतीकीयरों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑफकृत है। मेरे प्रपत्र का विधरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व नासी ऑफकृत है।

2) में (आवेरक) इस बात में महमत हैं कि मैरा राम, पता, फोटो और विवारण को कि शहायता के टर्देश्यों से प्रार्थित है पुन्ने स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्षंत्रिका" एवम् उसके जातियों कर निर्णय अतिन और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: कावेदक के अस्ताधर या शंगुरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (अम्बाल इस करा)

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.

इसरे अधिका, इस्तक्षरी को ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से पितिय सक्षापत हेतु सिफारिश की जाते हैं, जिसे इस (इस्स्ताल) पिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो कर्तमान और न ही परिष्य में बितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उकत रोगी/पामले में लेंगे पा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "क्रोरिका फाउन्बेशन" में मिल्यिक/बेबति उस्त के सम्बंध में "स्पेशिक फाउन्डेमन" द्वार मरद हेतु कि है। यदि "स्पेशिका फाउन्डेमन" द्वार स्वापता बिनति अशिकासकत हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल कियों अन्य पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से घडापता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पराल दिशीप मरद उका रोगी-पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "ब्रोशिका फाउन्हेंशन" से ली गई सहपता कंपल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हमजात द्वार री गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचद है और "क्रोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने जाने की सारी विम्मेरारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चृमिशा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन की तरीख Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory 5/6/19 Name of Dr. & Regni No. with Stamp) B.W. Lions Son behalf of Hospital) Hospital होक्टर को नाम से हस्ताक्षर य रजि. न. No सम म पर इसावाल अधिकृत अधिकारी stalki kyda kokoad, Bangalore - 560 002 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसं इस्ताधर । न्यासी इस्टाक्षर 2