c1966 0245 (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life. APPLICATION DATE : आवेदन तिथी ्र APPLICATION No. 1 0185 0619 आयेदन संख्या : AGE-YEARS जानु-सर्व SEX THY NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम FATHER'S SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS बर्गमान अध्यासीय पत hang 20131 1013-Village Preof. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई आवासीय पता Dist. Alwas CLHOVE MARRIED (FIREFRE) / UNMARRIED (MERTER) OCCUPATION : abowier (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: (आप का सास्य संलग्न) बुत वर्षिक आप 40 000 PAN NO. THE THE THEFT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्याँ आप आप कर दला है (खे मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Yes / No हां / नेही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant Gender Age (Years) Name of Family Member आवंदक के साथ सम्बंध Sr. No. सिन उम्र (वर्ष) परिवार को सदस्यों का शाम क्रम संख्य 5179h M HMXIK 50Y 30 COUXUDEV BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) चडायता के लिये विनवि आधार Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof EWS Certificate (Attach Certificate Copy) BPL Card (Attach Card Copy) उपपोक्ता कार्ड शहप जाद वर्ग प्रमाण पत्र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संतम्भ करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संसान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संसान क्रम संख्य nosis wzery ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सहायता गरी अन्य स्वीत का माम क्रम संख्या 81

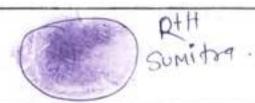
## ATION by APPLICANT: आवेरक द्वार फोक्स पर:

- , 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 any, 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 & will not in future, avail of reimbursament, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में धोपना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी निवाल मेरी जानकारी के अनुसार सम्य एवं सड़ी है। चीर कोई विवाल एवं कथन असल पत्था बाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सलायक ग्रांता "कॉकिका फरवन्द्रेशन", से ली जा स्त्री है, उसका व्ययोग वसी व्हेंस्थ की पूर्व के लिये किया आयेत, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पुष्टि करता है कि निम सहस्या हेतु वह प्रार्थन को गई है, उस एति का अतिक था सकत विस्ता किसी अन्य सोधानियोवकाषीय कम्मणी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लिए।

## AGREEMENT by APPLICANT ( SURE DO WOL)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any modum, 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 प्रयत्र पर अपने इस्तावर या अंगडे की काप लागकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि कच्चा हूँ एवं "क्रीशका फाउँदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत कच्चा हूँ कि मंग्र तथा, परंत, कोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में घोषिल है, उसे "क्रीशका" एवम् न्यासी, प्रान, व्यवसाध्या दूसरे उन्देश्य से जुड़ी मतिविधिकों और उपलब्धियों के तिन्ये किसी थी प्रसार माध्यय में प्रमाणत करने के तिन्यू अधिकृत है।
- मैं (अवंदक) इस बाद से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाल को कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का दिल्म और बाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : सार्वदक के इस्ताधार या अंगुड़े का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (THURS TO WIT)

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.
 The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

2) The assistance from Roshika 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 अधिकृत, इस्तावधी को और से मामकैपोगी को "बोरिश्वा चाजनोशन" से विकिय सहायता हेतु शिकारिश की वाती है, जिसे हम (इस्वातन) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार कारों है।

1) यह कि व शो कांचान और न ही प्रविद्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्थोत से उसर सेग्रे/चामले में लेंगे या शे रहे है, जैसे कि इसने "बोरिश्वा चाजनोशन" से सिकारिशाधिवती उसन से सम्बद्ध में "बोरिश्वा कारवेशन" द्वारा पर हेतु कि है। यदि "कोरिश्वा कारवेशन" द्वारा स्वात के से अन्यताल किसी अन्य मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यताल से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्थय कहा बता है कि अस्पताल द्वितीय गरर उसन सेगो/चामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी जन्म साधन से नहीं लेग/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेटन" ये तो गई सहाबक्ष केवत विशिष प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पताल द्वार में व्हां सताह या किये गये उपकारप्रक्रिया का कुस्य रोगी एवं इस्पताल के बीच का विश्वय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाव नहीं है। इससिये इस्पताल में रोगी के इताब सुरक्षा और आने जाने की सारी विष्मेगारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेगारी में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AC स्वीवृत्ती के लिए र	रेस्तुरि -
Date of Surgery अर्पनेशन की करीब १००० मि	Dr. Dram Singh (Namh) BD ( @ Ragin. No. With Stamp)	MASSEY (Name, Deelgnation & State of Authorised Signatory (Shright व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	
SIGNATUR <b>E</b> of TRUSTEE 1 न्याची <b>ह</b> स्ताका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तावर 2
8	xfangel	lite_