(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (खास्यय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 92-107-10 APPLICATION No. 1 Building block of life. K/07/0/0997 आवेदन तिथी आवेदन मंख्या : AGE-YEARS 3019-119 SEX firm NAME of APPLICANT: SAWAT WASKAR आर्थरक का नाम 64 m PATHER'S SPOUSE'S NAME: BASEM MASKAR पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तवान आवासीय पात SOUTH OU PARCIANAS 443326 WEST BENGA PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पाई अस्पानीय पता ABOVE. AS OCCUPATION: MARRIED (Refiler) / UNMARRIED (affection) UNEMPLOYED अवसम्बद्ध TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) PC 2000 x12= 24000 F (आप का साक्ष्य संसन्त) कुल चर्चिक आय PAN No. 1915 BIRT HOW ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर राज है (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) हाँ / नहीं FAMILY DETAILS WRITE PRESTY Age (Years) Gender Name of Family Member Relation with Applicant परिवार के सदस्यों का नाम दम् (वर्ष) सिंग आवेरक के साथ सम्बध क्रम संख्या MASKAK بِلحَ MAHAKAM NISKA KEM TRESAD NASKA 17,00 SHYAMA AUGEN III BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सक्रयता के लिये क्वितंत आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) BPL Card Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof जान्य जान वर्ग प्रमाण पत्र उपयोजना कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या CATARGACO DEAGNOSES 2. SUKGERY-LE/SICS + IOL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिखा गया श्री? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. क्षम संख्य अन्य स्थेत का नाम लो गर्व सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वार पोपना पर:

- 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 & ongoing 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 was requested by me.
- 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 essistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता है कि इस प्रकृष में दिये नये सभी विवरण मेरी जानकारी के जनुसार साथ एवं नहीं है। यदि कोई विवरण एवं कमन असाय पाम जाता है तो मेरी सहायत जिस्त की का सकती है।
- 2) मेर्र इस के सहरक्ष सार "कोतिका काउन्हेरन", में सी का सी है, उसका उपयोग उसी उरेरण की पूर्व के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर एक है।
- 3) मैं एवंट करत है कि दिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस एति का अतिक या सकत दिस्स किसी अन्य प्रोटनियोक्कापीय कम्मनी से न से लिया है और न ही पविष्य में सैंका

AGREEMENT by APPLICANT (SOUTH DID WITE)

- 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, wit 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 प्रयत पर अपने इस्तान्त या अंपने की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहभीर की पुष्ट करता हूँ एवं "कॉरीनका परहेडेरान और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येता चुन, पता. फोटो और को विकास इस प्रथम में चेबित है, उसे "कोशिका" एनए न्यामी, एन, बाजनाथा एतरे उर्एराय से जुटी परिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रधार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। भेरे प्रयत का कियरन भेरे इस्तक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिया परतडोसन" य नासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहयत हैं कि मेरा चान, पता, फोटो और विवास जो कि सहामात के टर्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहामात का हकपार नहीं बनाताः इस सन्बंध में "क्रोशिका" एवम् उसके न्याधियों का निर्मय अंतिन और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अवेरक के इस्तका य अंगूठे का निशान

store over

AGREEMENT by HOSPITAL (\$1988 \$15 WOT)

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 metter.

इमारे अधिकृष्ट, इस्त्रकारी की ओर से प्राप्तां/पोणी को "कोशिका फाउन्सेशन" से निशिय सहापता हेडू निपारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) फिन प्रकार से पान्य व स्त्रीकार करते है। 1) यह कि य तो वर्तवान और न ही पाविष्य में दिदिय सहायता किसी नैत सरकारी संस्थान या किसी अन्य रचेत से उन्हा रोगी/मानले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इपने "कॉर्टाबा फाउन्डेसन" से किक्सीस/विकी क्या के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होंस" हार परर हेंदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंस" हार सहस्था विश्वति आशिक सकत हेतू पन्यूर नहीं किसा जात है से आस्थास किसी अन्य पैर सामार्थ संस्था का किसी अन्य सनारक्षण से सहापना लोने का अधिकार लूपीकर राजात है। इस पूरिय में सन्य कहा कात है कि अस्पताल द्वितीय पर्रद उका देगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था पर किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लेगी।

2. "बोरिक्स प्राप्त्रकेश" से सी मई सहस्यक केवल विशेष प्रकृति की है। ऐसी पर इत्यासन हाथ में मई सताह या किये गये उपचारप्रक्रिय का पूचक ऐसी दर्व इत्यासन

के बोच का विकार है और "क्षेत्रिका फारान्देशन" प्राप्त किसी प्रकार का कोई स्थाप नहीं है। इसलिये सम्पालन में ऐसी के इलाव सुरक्षा और अने वारे की करी विन्येशने सेसी सक्ता विकास को होनी और "क्वेरिक्स" को कोई चुरिका का किम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी।

	स्वीकृती	DED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुति
Date of Surgery advisor of adva 22/07/19	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp মানতা কা বদ ব ছাবামা ব যবি, ব	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
	FOR INTERNAL USE of KOS	HIKA FOUNDATION अन्तरिक उथयेण हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्तप्पर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2
Sugaryel		lite.