· C19/07/0293

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika foundation
APPLICATION No. :	(10719	1021	आवेदन वि	ATION DATE : तथी ्रे	3/07/1	9	Building block of life.
NAME of APPLICANT: प्रावेदक का नाम Chandy			AG	AGE-YEARS आयु-र		<u>लिंग</u>	
PATHER'S/SPOUSE'S NAME:							y and commenter y about communities
YIL	STATE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN	PRESENT RESIDENCE ADD	2 Ht -	Loughne	ШЧ		The proof strains of the strains of
	PEF	MANENT RESIDENCE ADD					Beop Postop
-		ids idoc	NE			08	
occupation : व्यवसाय	bowy					(विवाहित) / Proof of Inco	UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	40,0	00		,	(आय क	त साक्ष्य संलग	a) NA
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है	X ASSESSEE (T (जो मान्य हो उस	ick whichever is applicable पर सही का निशान लगाये।):	Yes / No हाँ / नह	f .		
Sr. No.	Nan	ne of Family Member	PAMILY D	ETAILS परिवार ge (Years)	विवरण Gende लिंग	or	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
क्रम संख्या	70	परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)			Soh
(2)		Grohi					
THE RESERVE OF THE PROPERTY OF	·						
or table and the second		BASIS for REQUESTI सहायता के लिये	NG ASSISTAI विनति आधार	NCE (Tick which	never is appli	cable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Ration Sard (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		लग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		"PURPO	SE" for REQU	ESTING ASSIS ये विनती का उद	TANCE: देश्य:		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
क्रम संख्या	Diagnoris - RF TMIC						
77.4							
		COLLA - RO	9	1CS +10	L		
(2)	Dung		AND THE RESIDENCE OF THE PARTY				
		ASSISTANCE BEING A इस उद्देश्य के हेतू	कोई अन्य सह	AME "PURPOSI ायता किसी अन्य	स्त्रात स । लय	। गया छा	ASSISTANCE BEING AVAILED
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOU अन्य स्त्रोत का नाम			CE AMOUN			ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
(1)	SCI	14					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

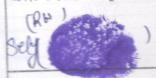
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Applicate
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this For
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insural for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी स
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through an medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information at activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "pu
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/gran. will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest so with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा न पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद मे करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

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 requested assistance is not granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. 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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विदिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्शुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी अकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिय्मेदारी रोगी एवं हस्पताल

की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. Gaurav Shah (MS) Date of Surgery ऑपरेशन की तरीख Stamp of Authorised Signatory 24.07.2019 on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रजि. न. आन्तरिक ठपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 2 न्यामी हस्ताक्षर 1