019/07/0864

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)						Koshika foundation
APPLICATION No.: A 0719/0378 APPLICATION DATE: आवेदन तिथी 23/07/19  NAME of APPLICANT: AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग						
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम  निर्धारिक						
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Braway Singh						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Village Rayota ( Teh - Kathmaa)						Preop Postop
Dist - Alway Rayathan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता						Preop Postop 0378 Grutu
as Ahove						Starts
OCCUPATION : व्यवसाय	rmer				MARRIED (विवाहित	त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : 35 000 (Attach Proof of कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य						ncome) संलग्न) NA
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable):		Yes / No		
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	AMILY	हां / नह DETAILS परिवार		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
(1)	Shiv Ram		839		m	Son
					+	
		1				
			-			
		BASIS for REQUESTING A			ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
				JESTING ASSIST ाये विनती का उद्दे		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
CD	भ्यताल/डाक्टर स जारा का गई प्राविदन सूची सलग्न शिवनुभवारी					
LE - MSC						
2	Suspert - IE - SICS + IOI					
		ASSISTANCE BEING AVAILED	) for SA	ME "PURPOSE"	from OTHER SOURC	ES
Sr. No.	1	इस उद्देश्य के हेतू कोई अ NAME of OTHER SOUR	ग्न्य सहा		स्रोत से लिया गया हो?	of ASSISTANCE BEING AVAILED
ज्ञ. No. क्रम संख्या	NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम				AMOUNT	ली गई सहायता राशी
	1					

## 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 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 assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 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 भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## 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 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 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 नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" 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 प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतेम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



L.T. NWHURON

## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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:

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 from the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in action. The state of 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- 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/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्जुर 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 अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/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 प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुम्कित या जिम्मेदारी इस मामले में उन्हीं होगी।

को होगी और "कोशिका" की कोई मूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr Dr Arepn No. With Stamp)
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(Name of pr. & Repn No. With Stamp)
(Slext की नाम व हस्ताक्षर व जिल्ने
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(Name of pr. & Repn No. With Stamp)
(Name of Trustee of Trustee 1)
(Name of Trustee of Trustee 2)
(Repn No. With Stamp)
(Name of Trustee of Trustee 2)
(Repn No. With Stamp)
(Name of Trustee 3)
(Name of Trustee 3)
(Name of Trustee 3)
(Name of Trustee 4)
(Name of Trustee 4

20.12.2018