C19/03/0863

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE : 0919 0487 Building block of III आवेदन संख्या : आवेदन तिथी NAME of APPLICANT : AGE-YEARS अप-पर् SEX fein आवेदक का नाम Mous Chan FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कटुम्प का नाम ano PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय परा Village 10 h Beop. Rosalthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था आवासीय पता Meer Chan 0487 CLS Chave OCCUPATION: 1 MARRIED (Railed) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय NΑ (आप का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाडा संख्या NA ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / Rp. क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / यही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Relation with Applicant Gender क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेरक के साथ सम्बंध n0 0 M an BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य अस्य वर्ग प्रयाग पत्र उपयोक्ता कार्ड अन्य कोई साध्य (प्रयाग पत्र की झावा प्रति संतरन करें) (प्रमाय पत्र की साया प्रति संतरन करे। (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्य अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न CD Diagnosis LUMERY ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस टर्देश्य के डेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य रहोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. क्रम संख्या अन्य स्थोत का नाम ली गई सदायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अलेग्स इस पोनमा पत्र:

- 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 δ 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 चोक्या करत हैं कि इस सक्त में दिये गये समी विवास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवास एवं कथन असाथ पाय जाता है तो घेरी सहायता निराता की जा सकती है।
- 2) में द्वार को सहावार राति "कोरियक फाउन्तेशन", में सी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया आयेगा, जो इस प्रक्रम में परा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु का प्रार्थण की गई है, उस राशि का आंटिक का सकत हिस्सा किसी अन्य क्षोत्रनियोजक/बीम कम्पणी से व ले लिया है और व ही परिचय में लेंग।

AGREEMENT by APPLICANT (SURVE TO WOL)

- 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 प्रथम पर अपने इस्ताधर या अंगते की साप लगाकर, मैं (आवेशक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीसी " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रथम में पीचित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, रान, साववाध्या दूसरे उन्होंकर में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार मध्याप में प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रभा का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, एता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसके न्यांशियों का विशंध अर्थित और बाध्यकारी होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



moorely

AGREEMENT by HOSPITAL (SPREET DO WOL)

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.

हमारे अधिकृत, हस्तकरी की ओर में मान्ये-पोगी को "कोशिका फाउन्देशन" में वितिय सहापता हेतु सिकारिश की आती है, जिसे इस (इस्पताल) निम्न प्रकार से बान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तवन और न हो भवित्य में वितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/व्यामले में लेंगे या ले रहे हैं, कैसे कि इसने "कोशिका फाउन्देशन" में सिकारिश/विनति उक्त के सन्यय में "कोशिका काउन्देशन" इस महत्य किसी अन्य के सन्यय में "कोशिका काउन्देशन" इस महत्य किसी अन्य गैर सरकारी मंत्रय या किसी अन्य सन्ययप से सहायत लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उक्त रोगी/व्यामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यय से नहीं लेक्टलेगी।

2. "कॉरिका फारवंशन" से ली गई सवायत लंकल वितिय प्रकृति की है। ऐसी यर इस्पताल इस्स पी गई सलाइ या किये गई उपकार प्रक्रिया का पुनाब ऐसी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोरिका फारव्येशन" इस्स का कोई एका नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की तारी किम्मेदारी ऐसी एवं इस्पताल की डोमी और "कॉरिका" को कोई प्रिका या किम्मेदारी में नहीं होती।

Pate of Surgery अपरेशन को तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जनश्र का चम के इक्लियर वे रिज के अपने हें इंडिंग के इस्तियर वे रिज के अपने हें इस्तियर वे रिज के अपने हैं इस्तियर वे रिज के अपने हें इस्तियर वे रिज के अपने हैं इस्तियर वे रिज के अपने ह