C19/09/0475

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	Alo	9/9 0530	APPLICATION DATE	109/19	Building block of Ille	
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम		asl Singh	AGE-YEARS 8	सपु-वर्ष SEX शिंग	60.	
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्म का नाम	'S NAME :	John Ram		1,1		
Villago		PRESENT RESIDENCE ADDRES		n 2) \$6(16)	Preop. Por	
· kcit		PERMANENT RESIDENCE ADDRES	Stan south	0	DL-1	
		as above	er care assault va		Preop. Par 0530 Phoel Sin	
OCCUPATION :	Farmer			MARRIED (PRINT)	1) / UMMARRIED (WRITING)	
TOTAL ANNUAL INC मृत वार्षिक आय	OME: 35	000/-		(Attach Proof of I (आय का साक्ष्य र	ncome) Herra) N/A	
PAN No. THE TERM ARE YOU AN INCOM FIT SITE SITE BIT THE	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): उस पर सही का निशान शगाये।	Yes/N	io.		
700000		FA	MILY DETAILS परिवा			
Sr. No. क्रम संख्या	N T	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender ਇੀਥ	Relation with Applicant अमेरक के साथ सम्बद्ध	
	1					
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	ever la applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाग पत्र (प्रमाग पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरूप आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संस्तृत का	(At	ation Card fach Copy) भोक्टा कार्ड ो छामा प्रति संसम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
			REQUESTING ASSIST केवे गये बिनती का उद्			
Sr. No. ऋम संख्या		सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
_0	Diego	Digground -> RE - MSC				
	-		1E -	MSC		
				\$750.00 A-107		
_0	Surge) 4	RE -	SICS .	+ 101	
		ASSISTANCE BEING AVAILED fo	SAME BURDOCE	from OTHER SOURCE		
P. N.	_	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	सहायता किसी अन्य स	बोत से लिया गया हो?	*	
Sr. No. फम संख्या (1)	150	NAME of OTHER SOURCE अन्य रखेल का नाम			ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा परेपण 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 & 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 पोचना करता है कि इस प्रारूप में दिने गर्ने सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सरप एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य प्रणा जाता है तो मेरी सहस्था निरात की जा मकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "बोतिका फाउनोरान", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के तिथे किया आयेणा, जो इस प्रारूप में मरा गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस समागत हेट यह प्रार्थन की गई है, उस दक्ति का अधिक या सकता किसी अन्य आंध्रिनियोक्का बीमा कमानी से न तो लिया है और व ही परिचय में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थरक 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.
- 3) इस प्रयत्त पर अपने इस्तवार पर अपने की साम सम्मान की प्रतिक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिबृत करता हूँ कि येत नाम, पान, फोटो और जो विवास इस प्रयत्त में मिये किसी थी प्रतर व्याप्तय में प्रसार करने के तिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्त का विवास में इस्तान करने के तिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न को विवास में इस्तान के पहले या बाद में करने के तिए "कोतिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस मात से सहमत है कि गेरा चान, पता, फोटो और विवास जो कि सहायता के उत्तरचें से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यामियों का निर्णय और बाव्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अवदेश के इस्तावर का अंगूर्व का निगान



AGREEMENT by HOSPITAL (EVAIDH DID WOLL)

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, हस्ताकरी की ओर से मामादेन्तेनी को "कोशिका फाउम्बेशन" से विशिष सहायश हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हरपदास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न के वर्टमान और न हो पविष्य में विशिय सहायक किसी में सरकार्य संस्थान का किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे वा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश/विनति उक्त के राज्यभ में "कोशिका फाउन्डेशन" इस महिता काउन्डेशन" इस सहायता विनति अस्तिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया कात है के अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था वा किसी अन्य सन्तर प्रता लेने का अधिकार सुर्धका रख्या है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा कात है कि अस्पताल दिशीय मन्दर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर साकारी संस्था था किसी अन्य साथन में नहीं लेन्द्र/लेगी।
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" हाय किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐंगी के इलाज सुरक्षा और आने करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस यागले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अस्तित को वर्षक

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हानदर्भ का नाम व हस्ताका व रिव र

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंतिक उपयोग हेव्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताका 1

SUBJECT 1

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व प्रद हम्मताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंतिक उपयोग हेव्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताका 1