APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: 1 09191 0533 Building block of life. आवेदन संख्या : आवेदन तिथी 19 10 NAME of APPLICANT : AGE-YEARS अपू-चर SEX Refr आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME. पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान आवासीय पता Villare Dh. CIXIDON 2027 Preop Rasasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 0532 axChayp OCCUPATION: MARRIED (Rights) / UNMARRIED (Silvalist) व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) कुल वार्षिक आय 1500 PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हां / नहीं क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का श्रम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध intu Con m BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र आत्य आय वर्ग प्रमान पत्र उपयोक्ता कार्ड अन्य कोई सरस्य (प्रयाम पर की सामा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संसन्त करे। (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न Diagnosis MSC (2) 4498411 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्य अन्य स्थोत का गाम ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: अर्थिश हुए योग्य 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 घोषण कात है कि इस प्राम्प में दिये गये क्यों विवरण मेरी जानकारी के अनुसार क्या पूर्व कड़ी है। यदि कोई विवरण पूर्व कावन असमय प्राम्य कात है तो मेरी सहायात दिवस की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राजि "कोशिका फाउन्डेशन", से शी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये कार्यण, जो इस प्रारूप में मरा गया है।
- में पुष्टि काल है कि किए सहायदा हुँदू पह प्रार्थण की पई है, उस गृति का आतिक का सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोद्धणियोक्क बीचा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेरक 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 प्रयत्न पर अपने इन्ताक्षर या अंगर्ड की छाए लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सक्षमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येए नाय, पता, फोटो और वो निवरण इस प्रपत्न में प्रांपित है, उसे "कॉशिका" एक्य न्यायी, छान, यावना/या दूसरे उन्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिनये किसी थी प्रसार नायान से प्रसारत करने के तिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात में सहमत हूँ कि मेर नाग, पता, फोटों और किवाल जो कि सहायत के उर्देश्यों से प्रचित है मुझे स्वत: सहायत का हकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "बोलिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय और बाव्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : রক্তবিক ক ছাল্ডার বা নামুর কা বিয়াদ



AGREEMENT by HOSPITAL (\$19000 git witt)

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 assentially 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.

हमते अधिकृत, हस्तावरी की ओर से पापनं/रोगी को "कोतिका फाउन्बंतन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो परिध्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्वीत से उकत रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोतिका फाउन्हेंशन" से सिफारिक/विति उनत के सम्बन्ध में "कोतिका फाउन्हेंशन" हम महत्त प्रतिका फाउन्हेंशन" हम महत्त प्रतिका फाउन्हेंशन हम महत्त प्रतिका का किसी अन्य पर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्यापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थल कहा जाता है कि आयताल दितीय मंदर उकत रोगी/पामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेक्टरलेगी।

2. "कोनिका फाउन्देशन" में तो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। होनी घर इस्पताल द्वारा दी गई कलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनव रोगी एवं इस्पताल

के बीच का निषय है और "कॉशिका फाउजेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पृष्ट में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी किस्पेदारी रोगी एवं इस्प्रताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस समाले में नहीं होगी।

Pate of Surgery अपरेशन को लागेख (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) समय के स्वास्त्र का नाम के क्ष्मान के स्वास्त्र का नाम के क्ष्मान के स्वास्त्र के प्राप्त के प्राप