C19 09 0165

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपात)							Koshika		
APPLICATION No.:	10919/0580		APPLICAT	ON DATE :	100	9 19	Suitsing block of the		
NAME of APPLICANT : आवेदमः का गाम				YEARS STE	-यर्च	SEX Rin	AA		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम	AME -	lathi							
	H-	PRESENT RESIDENCE ADORE		श्रावासाय, पता निगुण हैं।	W1		Pose of Post of		
		ERMANENT RESIDENCE ADDRE		धार्यका		_	-		
		Same as		C.M. 1966			(0580) Vrahma		
OCCUPATION: HOUSEN'S Re					MARRIED (PRITER) / UNMARRIED (STRUTTER)				
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	NA				(Attu	ch Proof o व का सास्य	Income) संलान) NA		
PAN No. स्थाई खाता संश ARE YOU AN INCOME T क्या आप आप कर दाता है	AX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	CAMILY NET	Yes / No El / HG					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार को सदस्यों का नाम		Age ()	MILY DETAILS पहिला f Age (Years) डघ (वर्ष)		nder Rin	Relation with Applicant अस्पेदक के साथ सम्बंध		
	Dolo- Rom		= 1	+0			Husband		
			1	-	=				
				_					
		BASIS for REQUESTING A सहायता को लिये विश	SSISTANCE (	(Tick whiche	ver is ap	plicable)			
BPL Card EWS Certific (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आप को प्र (प्रमाण पत्र को सबस प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र की सम्ब प्री				Ration Card (Attach Copy) उपयोक्त कार्ड (प्रयाग पत्र की छात्र प्रति संतन्त करें।			Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्ष		
		"PURPOSE" le	r REQUESTI किये गये कि						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतल/डॉक्टर से चती की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न								
	RE - FMSG								
	LE - IMSC								
	Surgery - E SICS+ IOL								
						=			
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई अ					E\$		
Sr. No. क्रम संख्या	Sr. No. NAME of OTHER SOURCE					AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायक पशी			
]-	SCE	н							
				_					

## DECLARATION by APPLICANT: SURFAY GIT THE TE:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will rander my Application & ongoing assistance. Table 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 assistant was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, eveil of reimbursoment, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषण करण है कि इन प्रक्रम में दिये यह सभी किसाम मेरे जानकार के अनुसार प्रत्न पूर्व सभी है। यदि बोर्ड विवरण एवं कथन अमल यह यह है से मेरे प्रक्रमण सिस्ट की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार वो सहायत शीर "पोरिश्य फारन्देशन", से सी था खी है, उसका कपरोप क्सी उदेश्य की पूर्व के लिये किया कारण, जो इस प्रकल में परा गया है।
- मैं पुष्ट करत हैं कि निवास समयक देतु यह अर्थन की गई है, इस गींव का अर्थिक का प्रकल किया किया करने के एक समयक देता के लीक के तीय के लीक के लीक का का किया के तीय के लीक के लीक के लीक का किया के लीक के लीक के लीक के लीक का किया के लिए के लीक का किया के लिए के लीक के लिए के लीक का किया के लिए लिए के लिए लिए लिए लिए लिए लिए के लिए के

## AGREEMENT by APPLICANT ( agrice gitt 40%)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/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 verbat, print, electronic, for soliciting donations for Koshlika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshike 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 Koshike Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रथम पर अपने इत्तरका या जीको की कार स्वयान, मैं (आयेरक) अपनी महामति को पुष्टि करता हूँ एवं "कांदेशका पारांबेशन और उसके जातांखों "को आधिकृत करता हूँ कि मेठ सान, पत, फोटो और जो विवरण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिया" एक्स् न्यासी, चन, सायकाचा दूती प्रश्तेरच से जुडी गतिविधियों और उपतानवाँ को लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विकास मेरे इसका के बढ़ते का बार में करने के लिए "क्रोरिशका चाउडेंगर" स जाएटे अधिकृत है।
- मैं (आर्थक) इस बात से सहमा है कि गेर नाम, पात, परेले और किस्तम को कि सहामत को उर्दरमों से प्रार्थित है गुझे त्या: सलावत का स्वयंत्र को बताता इस सम्बंध में "क्रोतिका" एरम् उत्तके नाशियों का निर्गय अतिन और खच्चकारी प्रोत्ता

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

कार्यदाह को प्रस्तावार पर अग्रिते का निराम



## AGREEMENT by HOSPITAL (FOREST DID WOR)

By afforing 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 shortfull 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 soln & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

हनारे मधिन्ता, हस्तावधी की ओर से नारतंपरीची को "बोशिका चावन्देशक" से बिटिंग सहाच्या हेतु सिनार्टरंश को फाती है, जिसे इन (हान्याल) निम्न प्रधार से चान्य क क्वीकार करते हैं। मा कि न ले मर्नमन और न ही प्रीक्त में निर्देश सात्रमा किसी कैर मरकारी संस्थान का किसी अब्ब श्लोत से अस्त ग्रेगी-पासले में लोने या ले तो है, बैसे कि उपने "प्रोतिका पास्त्रमेशन" से निपारिकविनीत दक्त के सम्बंध में "बोहिन्स फावन्देशन" द्वाद बरद हेडू कि है। पदि "बोहिन्स काउन्देशन" द्वाद सहायात प्रेपति आदिकाराज्यत हेडू मन्तुर रही किया कात है से आवशास विमां अन्य के सरकतो संस्था मा किमी अन्य सन्तावत में स्वापक सेने भा अधिकार मुस्टित रखता है। इस पुन्टि में स्वय कहा नता है कि अस्पात हिटीय गरंद उपन सेनीत्यानों इंत किमी पैर सरकारी संस्था जा किसी अन्य राज्यर भे नहीं शेगा/सेची।

2. "कोशिका भारत्येतन" में भी गाँ जात्या क्षेत्रत क्षित्र प्रकृति की है। रोधै पर इस्पत्रल द्वारा से गई सत्या या किये गई तत्त्वाहतीला का पुराव संधे एक् के भीप का नियम है कोर "सोशिया पाउन्तेशन" द्वारा जिसी अवार का कोई रक्षक पड़ी है। इस्तरिये इस्पताल में रोगी से इसाव सुरक्षा और उपने को को प्रश्निक की होनी और "कोशिका" की कोई धूमिका या कियोग्रावे क्या ध्यापते में यही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE AdTIVI र्लीकुढ़ी के लिए संस्तृति Dr. ABHISHEK I

Date of Surgery 11/09/19

MCI No.-09-35572 Sign.....

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) प्राक्तर का नाम व हरताक्षा व रवि. न.

Mindavan 06 Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

गम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग डेव

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी शतका ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तासर 2