APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (रवास्थय देखभाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 13 Building block of life. APPLICATION No.: 5/09/9/222 आवेदम विधी वक्तोला प्रोहरण : AGE-YEARS DING-HY SEX SAM NAME of APPLICANT: Abs Nimala Devi आयेदक का नम 70 Y Ram Ashish FATHER'S SPOUSE'S NAME : चिता/कट्टम्भ का नाय PRESENT RESIDENCE ADDRESS INTAIN MIGHTY VIII Wings Robini Delli PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आयासीय पता About OCCUPATION: Houseuit fe MARRIED (निवारित) / UNMARRIED (अरिवारित) YOYALANNUAL INCOME: Rs. 96,000/- (Formily Income) (Attach Proof of Income) (आव का साह्य संहान) कुल वार्षिक अन PAN No. स्थर्ड खाता संख्य Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। र्श / नही FAMILY DETAILS WERE FRANCE Relation with Applicant Constan Name of Family Member Age (Years) Sr. No. आवंदक के साथ सम्बद परिवार के सदस्यों का नाग उप (वर्ष) क्रम संस्थ flus mno Rom Ashish 70 m liau Kymas Son 40 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहावता के लिये विनात नाधार Any Other BPL Card Ration Card **EWS Certificate** (Attach Copy) (Attach Cord Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof तपपोक्ता कार्ड अल्प आय पर्ग प्रमाण पत्र नरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साहब (प्रनाम पत्र की खादा प्रति संसान करे। (प्रमाण पंत्र को सामा प्रति संतन्त करे। (प्रयाग पर को छत्य प्रति शंतान करें) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायक्ष देश किये गये जिनती का उद्देश्य: Medicai Reports/Prescriptions Attached Gr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन खुची संतम्ब क्रम संख्या adarest Phaco HICL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उएटेरप के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्केत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई सदायक राही क्रम संख्य अन्य क्लोत का नाम 1117

DESCRIPTION by APPLICANT, SPICE OR SING VI.

- 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 selemnly 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 essistance is requested.
- मैं बोक्स करत हैं कि इस प्रक्रम से दिये गये सभी विकास नेते जानकारों के अनुकार शाल एवं मार्थ है। बीर कोई निवास एवं मार्थन असाव क्या जात है तो की सहावधा निरस्त की या सकती है।
- 2) मेरे हाथ के सहापत प्रति "सोशिका फाउन्देशत", से सी जा को है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्व के लिये किया जानेक, जो इस प्ररूप में पर गया है।
- 3) में पुरित करना है कि किस समस्त्र केंद्र पढ़ प्रार्थन की गई है, उस सीत का अहँगक या सकत दिसस किसी अन्य खोतानियोक्तरकोचा कम्मनो से न से लिया है और न से पश्चिम में पूर्वा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIPS ERI SUIT)

- 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, prifit, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/activevements. 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 Kashika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रयद्य का अपने बताआ का अंदर्ट की तथ लक्षकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हैं वर्ष "कॉलका फाउंटेशन और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हैं कि मैक नाम, कात, कोर्स और नो विकास इस प्रयद्ध में बीएंग के, उसे "कॉलिका" एक्स क्याने, कम, पायबाध पूर्वरे उस्तेयन से ज़री मिली की अधिकृत में किये कियी भी प्रयाद मान्याय से प्रयाद करते के लिए अधिकृत के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेर नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहराता को उद्देशकों से प्रार्थित है मुझे रखा: सहामता का उक्तपार नहीं बन्धमा इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसको न्यांसाओं का निर्माय और बाधकारी कोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

काचेरक के सन्ताधर या अंगरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (COURS DID WOR)

By afforing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/petiont for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

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 petient & 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 petient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हसाइधी को और से बाबसेनोगों को "कॉरिका फाउन्टेशन" से विशिव सहाबता हेतु सिकारिश को आते हैं, जिसे हम (इस्पताल) निम्म प्रकार से जन्म न स्मीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तवान और न हो व्यवस्थ में जितिय सहाबत किसी के सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्वेत से उस्त रंगी/पामले में लीने का ले रहें हैं, जैसे कि हमने "कॉरिका पाउन्टेशन" से मिकारिशकितित उस के सम्बंध में "कॉरिका फाउन्टेशन" हम परद होतू कि है। यदि "बॉरिका फाउन्टेशन" हम परद होतू कि है। यदि "बॉरिका फाउन्टेशन" हम सहाबत किसी अन्य के स्वावस्थ में स्वावस्थ मिना अन्य स्वावस्थ के सहाबत होने का अध्यक्त सुर्वस्थ रहा क्या किसी अन्य स्वावस्थ से की रोग/पोपी।

पैर सरकारी संस्था का किसी अन्य सम्बन्ध से की रोग/पोपी।

2. "कॉशिका चाउन्हेला" से की रहे कावता चेवल विकित प्रकार की है। रोगी पर इसजात द्वारा दी गई सलाइ या किये गये उपनार/प्रीक्रय का पुत्रय देनी एवं इसजात

के बीच का विषय है और "कोरिका पराज्येशन" द्वार किसी प्रकार का कोई एवार नहीं है। इसलिये दलायल में रोपी के इसान सुरक्ष और अने अने की सारी निम्मेरारी रोपी एनं रायनास की होगों और "कोरिका" की कोई पुष्तिका या निम्मेरारी इस सामने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्बोक्ती के लिए संस्तृति Shippin trapps Date of Surgery Dr. V.P. Thakrai SHROTTE COMMENTS STATE OF Authorised Signatory
A-9, Kallash Colon behalf of Hospital) (Name of Br. & Regn. No. with Stamp) New Delhi-वर्ग (में(क्युड्स्परात अधिकृत अधिका) F 33 द्धांपटर की नाम व इस्ताधर व रदि. न. जन्सीक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यमी राजधा । न्यमी दम्हासर है