APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदम प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) oundation APPLICATION No. 1 APPLICATION DATE: Building block of life व्यवदन संख्या । आवेदन कियी 05.10.2019 NAME of APPLICANT : AGE-YEARS SIN-TH SEX felt आयंदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम PRÉSENT RESIDENCE ADDRESS कर्तमान आकसीय परा DIMORGE TO THE PLAN PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पाई आवासीय पता WIS HADOWE OCCUPATION: CHMCH MARRIED (বিবাছিত) / UNMARRIED (সবিবাছিত) व्यवस्थय TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) कुल खर्षिक आव (आय का साक्य ग्रांसन) PAN No. स्थाई खाता मंख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes //No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) हाँ / सही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्तम संख्या परिवार के सहस्यों का नाम उस (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बध लिंग CHAUPEN 60 Shakir (2 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सप्तायता के लिये बिनटि उद्यक्षार BPL Card Ration Card (Attach Copy) EWS Cartificate (Attach Card Copy) Any Other (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र Basis/Proof सल्य आयं वर्ग प्रयाप एड उपभोवता कार्ट (प्रमाण एवं की हराया प्रति संसान करे। (प्रमाण पप्र की साम्ब प्रति संसान करे) अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाम ५३ को छाया प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिनती का तद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्परास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संसान nound TONC 5165 7101 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम सख्य अन्य स्वात का नाम सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आनेपक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & engoing assistance. If a liable 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 assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not 8 will not in future, eveil of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- में पोधना करता है कि इस जरूप में हिंथे गये सभी विकास मेरी बानकारी के अनुसार सस्य पूर्व सही है। विश् अंधे विकास पूर्व कथन अस्तय नाम जाता है तो मेरी सहस्थत निवस की का अन्यति है।
- 2) भेरे द्वार जो सहायत गाँव "फोलिया फाउन्देशन", से सी या गति है, उसका करकींग उसी उदेश्य की गूर्ति के सिन्दे किया आगेगा, जो इस प्रकर में भग गया है।
- में पुरंद करता है कि जिस सहयता हेठू वह प्रार्थन की गई है, उस राहि का अशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीम कम्मणे से न तो लिया है और न ही महिष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (STRING TO WOR)

- 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 solicting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & datalle 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 salely with the Trustees of Kashika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ड की शाप लगावन, में (आवेश्वर) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोलिका फावंडराव और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि संग्र नाम, पता, कोंग्रे और वो विवरण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, राम, पाचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिनिधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। जी प्रयत का विकरण भी इलाव को प्रकृति वा बाद में करने के लिए "कोशिया फाउडोंगर" व नामी आधिवान है।
- 2) मैं (आनेरक) इस बात में स्वाप्त हैं कि गेरा नार, पत, कोर्ट और किवाप वो कि स्वाप्ता के उदरेश्यों से प्रार्थित है गई स्वत: सहायत का इकटार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यासियों का निर्णय करिया और कामकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

नावेरक के इस्ताक्षर या जांगुरे का निराध



SIGNATURE of TRUSTEE 1

AGREEMENT by HOSPITAL (SPANIS BIT WOR)

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 heither 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 patienticase 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 mester.

ामारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की आंत से अपले/होगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से विदिय सहायता हेतु सिकारिश की बाती है, विसे हम (इस्फाल) फिम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो कांगन और न ही पविष्य में विदेश सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उसन रोगी/पायले में लेंगे व्य ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉहाका फाउन्हेंशन" में विकारिश/विनर्ति दक्त के सन्वय में "कोशिका पाउन्देशन" द्वार पदर हेतू कि है। पाँच "कोशिका कारन्देशन" द्वार सहायता बिनति ऑशिका/सक्त हेतू मन्तुर नहीं किया जात है तो आस्प्रतात विभी अन्य गैर सरकारी संस्था वा कियी अव्य सन्साधन से सहावता लेने का अधिकार सुरक्षित एकता है। इस पुष्टि में स्मध्य कहा जाता है कि अलगताल हितीय गदर तकर देनी/मामले हेतु किसी. पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग्छलांगी।

2. "कोरिम्बा फाउन्हेंशन" से लो गई स्थापत कंदल विशिष प्रकृति की हैं। ग्रेगी पर अस्पताल हरा दी गई सलाह क किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनान ग्रेगी एवं हास्प्रात के बीच का विषय है और "सोशिकर पाउन्हेरान" द्वार किसी एकर का कार्य प्रवास नहीं है। इसलिए इस्सतल में रोती के इलाज सुरक्ष और अने जने की सारी जिप्पेदारी रोगी एवं इस्पताल की डोगी और "कोशिका" की कोई पूपिका था चिन्मेदारी इस चापले में नहीं होती।

	RECOMMENDED FOR AC स्थीकृती, को लिए	CCEPTENCE संस्तृति
Date of Surgery ऑस्प्रेशन की तरीख 05-10-2019	Dr. Monali Rathod (DNS) DR. Paga Coll Red Lood (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हाक्टर का नाम व हरताकर व ग्रीब. व.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shroll on the Half of Hospital) गम व कर क्षेत्रील अधिकृत अधिकार

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अपनिष्य उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताक्षर 1 न्यसी इस्ताक्षर ३