AF			FOR ASSISTANC विदन प्रारूप	CE	(Health (स्वास्थय			hika	
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	M	0425	10002	APPL	ICATION DATE:	10125	MONOMINION N	lock of life.	
NAME of APPLICAT		Ram 8	7	1 4/14	AGE-YEARS	-सर्व LSEX लिंग		0	
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्म का नाम	'S NAME	Ro	Lesh 60	Sing	b		NE RAM THRE	CAN MERCE	
Mageo	14	adha. UHan. Permai	Shahjaha	9043 RESS: 10	i UKh Of	lipan ade	Baop.	POST OF	
OCCUPATION :		Ham	maken			MARRIED (STORE)	/ UNMARRIED (अवि	स्वाहित)	
TOTAL ANNUAL INC कुल वार्षिक आप	OME:		000 1- 4	Fani	ly	(Attach Proof of I			
PAN No. स्थाई खाता ARE YOU AN INCOME	ME TAX A	SSESSEE (Tick w	hichever is applicable): को का निशान लगाये।		Yes / No				
	11 6 7 4				DETAILS परिवार	विवरण			
Sr. No.	Sr. No.		Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		ge (Years) उप्न (वर्ष) २०	Gender Rin	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध		
				-	- 1				
	+	-	BASIS for REQUESTING सहायता को लिये ह			ver is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाबा प्रति संसान करे।			EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साया प्रति संतरन करे।		Ration Card (Attach Copy) उपयोगता कार्ड (प्रमाण एवं की छाया प्रति संतरन करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य		
	7				ESTING ASSISTA ये विनती का उद्देश	to the second state of the			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से बारो को गई प्रतिबेद्द सूची संलग्न							
	B	Biognosis Rie senili moraci							
		RIE Senile Latariact							
	-8/	Ingery	RIE S	ICS	พริหา	PHY	ders	amp	
	1	444	ISTANCE BEING AVAIL	60 for 60	ME POLICOPARE	rom OTHER POUR	16		
		ASS	इस उद्देश्य को हेतू कोई	अन्य सहार	यता किसी अन्य स	ति से लिया गया हो?		MAN PR	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING स्थी गई सहापता ग्रही			AVAILED	
		N/OICI				~~~	/		
				100			1		

DECLARATION by APPLICANT: अस्टिक द्वारा पोषणा पत्र:

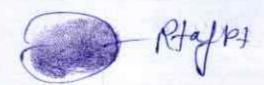
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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.
- 1) में बोपण करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। पदि कोई विश्वरण एवं कथन असल्य पाया जाता है जो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्द्रेशन", से ली जा स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्वि के लिये किया कार्यशा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सवायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस गांत का आंशिक या सकल क्रिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 हस्ताका या अंग्रेट को छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ वि "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यानीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पात, फोटो और जो विकास हम प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, पान, वासना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसातित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या वाद में कारने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्कत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हमशाध्य या अंगुठे का निमान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्प्लाल द्वारा करार)

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

हमारं ऑधकृत, हस्तास्तरे की ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि थ तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त ग्रंगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिप्पारिश/विनति उक्त के सन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" झार मरद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" झार सहायता विनति अधिशक/सकल होतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्ता रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" में तो गई सहायता कंचल खिठिय प्रकृति की है। रंगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सल्बह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का युनाय रोगी एवं इस्पताल के दोच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी डिप्पेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई पुणिका या जिम्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	- PO 2			
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख	M.B.B.C., M.S.M. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व ग्रीड. न	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ব মং জনবাল সম্ভিক্ত স্থিকাট			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	UNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्			
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 2			
8	efergel	lite			