MOM- C- 23-01-0392



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदभ प्रारूप			(HealthGare) (स्व्यस्था वैख्याल)		Koshika	
APPLICATION No : आर्थेदन संख्या :		3) 20 (0	MINAL INNI	06/01/23	Building block of Nie	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाप	: Usha	devi	AGE-YEARS T	ततु-वर्ष अध्य स्थित		
FATHER'अBPOUSE'S फिराक्टुम्स का कन	HAME:				- USWAZE-T	
	TOMB	PRESENT RESIDENCE ADDRE	55 वर्षन्त आधारीय <u>प</u> ,£±८. र	a	PAGTE PHOTO HERE	
·	, U	Sekander back	0-929005		BOOP-POSTOP	
	P	ERMANENT REBIDENCE ACORE	88 : स्थाई आवासीद पत			
		N/3 ab	ov€.			
OGGUPATION : अवस्मान		Waker			г иммаялер (эката)	
TOTAL ANHUAL INCOM कुल वर्षिक स्वय	36	000 - June	4	(Attent Proof of Inc (अपद की माहद मेरे	भव) गर)	
PAN No. 'PRÉ 習用 群 ARE YOU AN INCOME		Tick whichever is applicable):	Yes / I	Na .		
क्या आप अस्य कर दाश	है (वीमान्य हो ट	क पर सही कर निशान लगाये।	स्री / T FAMELY DETAILS परिव	नर्हा		
Sr. No.	Name of Family Member		Aga [Years] Gender		Relation with Applicant	
क्षन संख्या	परिवार के सदावों का नन		वेश (सर्थ)	तिंग	आवष्क के साथ सम्बंध	
	-					
			-			
	1					
		BASIS for REQUESTING A स्वापना के तिथे किन	SSISTANCE (Tick whice	hever is applicable)		
BPL Ca	ud	EW8 Cartificate		Catton Card		
(Armen Card Capy) गरीनी रेखा को नीचे प्रध्यम पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संस्था करे।		(Attach Cortificate Copy) अन्य अब को प्रथम पत (प्रयाप पत्र भी जाया प्रति संसाय	'स्त्रीक्रतं Copy) संपोधना कार्य		Any Other Basis/Proof शब्द कोई शाहर	
	-		or REQUESTING ASSIS			
	-		किये गये विनती का उप	1		
Sr. No জন নত্য		Modical Reports/Prescriptions Alested अस्पतार/डॉक्टर से जाते की पूर्व प्रशिवेदन सूची संतरण				
1,	(Q.E)	RE SICS WITH PMMA LENK				
>_		Po died i	ar:			
2.	Diagraphic - RE - Sehill (algrand.					
			- ·	ehell la	kaslar 4	
		ASSISTANCE SEING AVARE	D for Salud váribbnes	" Iron OTHER BACINATES		
		इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	अन्य सहायक्षा किसी अन्य	क्वोत से सिया गया हो?		
\$r, No. জন: মাত্রয		NAME of OTHER SOURCE अन्य रखेल फा नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BONG AVAILED को वई महापना सन्ती		

DECLARATION by APPLICANT: आगरक हाए योजना महा

- 1) I hereby confirm that all cetads in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & singologiesgettence, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solaronly confirm that seeletance. If seeslyed from Koelnike Foundation, will be used only for the "purpose", as easted in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not 8, will not in find me, avail of reimbureament, in part or in full, from any other source/employer/heurence company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) में मेनम कार्य हैं कि इन प्रतय में दिने नमें तमें किया की नानकों के अनुबार अन एनं अहें है। यदि कोई विवास पूर्व कथन आपन प्रमा करा है से **मेरी महापत निरह को या समाते है**:
- 2) भेरे हाम को सहयत परि "मंजिया फारकेंगर", से ही, वा रही है, उसका उपयोग उस्ते ३६१४ भी मूर्त के किने किया कारेग, जो इस तावन में गए गया है।
- 5) मैं पृथ्य करना है कि जिन सहारत हेतु का प्राचना की नहें है. इस पछि का आदिक या एकल दिल्ला किन्ने अन्य प्रोक्तियोगक कमनों से न हो क्लिस है और न ही भूकिक में होता.

AGREEMENT by APPLICANT (SHARE DO MIT)

- 1) By afrixing my signature or thurse impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & exports Roshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-up/reproduce my name, address, ვრები & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granged, ქავიცებ გეა medium, including but not finited to verbal, until, electronic, for soliciting donations for Koshkie Foundation and/or disseminating information about its ácivities/achievements. Such use of my photo B datalla'ean ba mede by Kosliña Foundation before ar ofter my tracchert, or fulfilment of the "our pase". for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, eddress, photo & details of the "purpose", for which such assistance to requested/granted, will not automatically emitte me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting entirer continuing the assistance will rest salely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me
- 1) इस प्रकार स अगरे बलाक्ष्य क ऑस्ट्रे की क्षण लगकर, में (अप्रोक्क) करते सक्षण को मुद्रि करता हूँ एवं "बर्वेशका सार्ट्यक जी रखके आधीर्ष " को अधिकृद करता हूँ कि केंग्र साम, पन, फोटो और को विवरण इस उपन में पेटेवत हैं, उसे "जोशिया" एक्ष्में पन, पन्तप्रथा पूछते उन्हेंक्य से कुटी गविकियतों और जासाध्यतों से स्थित किया विवरण पन में प्रमतित करने के लिए ऑफसून है। वेट प्रका का विवास की बताब के एउने या जर में उसी के लिए "फॉक्सिज पाउडेपर" व जारी अधिकृत है। "
- मैं (आवेद्य) इस जा में सहपत हैं कि पेव नक्ष, क्षा, कोवे और किसन को कि समयत के उद्देशों में मुख्य है नहीं एक: एक्शम का अववह की प्रवास प्रस समय में "कोडिका" प्रमु उसके न्यांएवे! आ निर्मय अहिम और मामाना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

भाषेएक के इस्तायर य लेपूर्व का विकास



AGREEMENT by HOSPITAL (Emgil & Chapt)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hesolfal) haraby affirm & eccept following:

1] that we neither are presently nor will in tubure eval of financial essistance from enother NGO or any other source, for the serve pattern/case, as we are requesting to get from Koshika Faundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Faundation. If the requested assistance is not granted by Koelilia Foundation, in partion in full, then the Hospital resorves the right to make up the shartfall from another NGO or any plagrappings. This confirmation essentially states that the Hoopist will not avail any outlicate assistance for the same patient/cape from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Kashika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the pation), is beard on the serengement between the patient & the Hospital, and is in 10 way influenced by Kashika Foundation. Honce, the Hospital will Basestie sole & complete responsibility of the incolment A Ms outcome S safety of the patient, and Keshika Foundation will have no role or responsibility. in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्ताइमें की आंत में मामहें/मेंसे को "कोशिक, जार-देतन" से विधिय सहापता हेतु दियाशित की बाती है, बिले कन (कलकता) निम्न प्रकार से नान्य य स्वीकार कार्त है।

- अ कि न ही नानेपर और ए जी महिल्य में विशेष सहाका किसी मैंद रहकारी संस्थान वा किसी अन्य इंडीट में कहा केंद्रियक्ती में होते के कि हमने "ब्रांतिका पाइनोक्तम". चे विक्रिक्टिनिच बना के अन्यव में "बोलिक पानन्देशन" हारा पहर हेतु कि दै। यदि "कोशिक्ट फाउन्देशर" इस भागता विविद कविषक समझ ती किया **यात है तो अस्परास** निर्दे अन्य के एक्क १ ५६८। व किमी अन्य सम्बाधन से सामाना पीने का वरिकार सुरक्षित स्थात है। इस एकि भे ५५८ भार पात में कि अस्पाल द्वितीय मदद स्का सेपी-नामले हैं। किसी पैर सरकारी सांच्या या जिल्ही अल्प शर्यन से नहीं सेप्टरलेगी।
- 2. "मोतिका फाउच्चेतर" से तो गई गताका भेकत विकित बन्ति को से संगी पर उस्कारा हुए दी गई सगह वा किसे गरे उपलादप्रहिया **का पुनार ऐसे एनं इसकत** के क्षेत्र का लिए के और "कोशका कारक्टरन" हाक किसी 2400 को कोई २400 को है। क्राहिल इस्लाल में केने के क्षाय सुरक्षा और अने जाने की सादे विको**दन केने** कुछ क्षायाल की होगी और "कॉशका" भरे कोई पूजिका क जिम्मेशने इस समर्श में नारी होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE **स्वीकृती के जिए रोज्**ति Dete of Surgery वॉफ्ट्रन हो गर्दन ed Authorised Signatory U Raine Oto-Planes No. 728 Styles (Hospital) उत्तर का पाम व मुक्तामर व राज, न FOR INTERNAL USE of KOSHWA FOUNDATION अनुक्ति उपनीप हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यत्वे इस्तहर । न्दापी इस्तहार 2