APPLI	Koshika					
APPLICATION No.:	10729	1/0062	APPLICATION DATE	7-24	Building block of life	
NAME of APPLICANT			AGE-YEARS 3	ापु-वर्ष SEX लिंग		
आवेदक का नाम Chandon Bhan				M		
ATHER'S/SPOUSE'S NA ता/कटुम्म का नाम	AME:					
	0.0	PRESENT RESIDENCE ADDRES	SS वर्तमान आवासीय पर	Π 0	PASTETTION	
D-0	500 m	1078 100 - 3 Pan	of water C	orona	PRE POST	
	Lohi G	07/hallod - 901	102,			
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	SS : स्थाइ आवासाय पता			
CCUPATION: Day	2000			MARRIED (Build	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of						
हुल वार्षिक आय 🔷	180000	1-		(आय का सास्य	संलग)	
AN No. स्थाई खाता संख्य RE YOU AN INCOME TA		Tick whichever is applicable):	Yes / N	0		
या आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	हां/ न	ले		
Sr. No.	Na	me of Family Member	AMILY DETAILS TREE Age (Years)	र विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवंदक के साथ सम्बध	
6	C - D.		70	F	10.0	
<u>(t)</u>	Spera		10		(elegt)	
2						
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये पिन		naver is applicable)		
BPL Card		EWS Certificate	R	ation Card	Any Other	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड		Basis/Proof	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संस्तरन करें। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संस्तर		हरे। (प्रमाण पत्र की खया प्रति संलग्न करे।		अन्य कोई साक्ष्य		
			REQUESTING ASSIST			
		110,000,01,110	किये गये विनती का उद्	L-CT TAC		
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आरी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
NA GOD	DI IE CENIIE OI I					
(1)	Mad	nows of	Lt —	DL IVILL	. Comman	
		[IF C	WILE	Catarack	
			C OL	IVICE	Language	
					0	
(9)	SIL	007011	F - PI	arn L	POIDE VILA	
0	Sily	July 2		MCO F	0100 000	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उददेश्य के हेत् कोई अ			ES	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम			ली गई सहायता यशी		
187	100	0.0		0		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोषणा 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 & ongoing assistance, if an 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.
- मैं चोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सत्ती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य भाषा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक्ष राशि "कोशिका फाउल्टेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया व्ययेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस ग्रांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/निपोजक/बीस कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविच्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेंशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, बावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों से लिये किसी मी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑपकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी ऑधकृत है।
- मै (आवेदक) इस बाव से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उट्टेश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूडे का निशान

- - u - 3 miss

AGREEMENT by HOSPITAL (1894) and 1800)

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:

- 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.
 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 matter.

हमारे अधिक्त, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/रोपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती हैं, जिसे हम (हस्यवाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो क्रांमान और न ही भविष्य में विदिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले खे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिध उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायता विनित ऑशिका फाउन्डेशन हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मिलति ऑशिका/सकल हेंतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सूर्यक्षता है। इस पुष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेमन" से ली गई सहायता केवल विकिय प्रकृति की है। येगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव येगी एवं हस्पताल के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमुका या जिम्मेदारी इस भामले में नहीं होगी।

100	RECOMMENDED FOR	संस्वति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regu. No. with Storap)	Model (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	UNDATION ञान्तरिक उपयोग हेत्		
SIGN	IATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		