1	)				
10000		5287			
नी गई सहायता प्रश		अन्य स्वीत का नाम			ाम्छोम् मन्द
A ASSISTANCE BEING AVAILED	THUOMA		NAME of OTHER SOURCE		Sr. No.
		तता किसा अन्य र	र्वस उर्दर्श्य के हेर्द्र कोई अन्त सहात		
S	from OTHER SOURCE	"3209RU9" 3M	ASSISTANCE BEING AVAILED for SAI		
				**	
				1	
A. 150 110				1	
				1	
				1	
of the following the soll of					7.
					.9
1	le Corbana	mos -	91		
		1			
Diagrams (C - Service Cartance					. )
					केन सक्ता
न्ग्लाम कियु निर्माति है। कि ग्रीक कि प्रामी प्रामी प्रामी स्थाप कि एक कि प्रामी प्रामी किया है।					
Medical Reports/Prescriptions Attached					Sr. No.
	:68	व विनया का वर्ष	ग रिकी हुई फिएडिस		
			ידטקרסגב" וסר קבמט		
	-20111				
	। रेक म्पानंस <b>शि</b> ष्ट क्रिक	th Kh lallek)	Did betall bill this its th later)	ाव सवान करा	र ामस् कि हम एगमर)
अन्य कोई साक्स	ेशक क्रिक्ट क्रिक्ट इंग्लंड कीए सम्बद्ध				नि क १९३५ कि भिष
loon9/aizs8	tach Copy)		(Attach Certificate Copy)		
rerito ynA	brach Card	K	EWS Certificate		BPL Ca breO dattach Card
				,	0 100
			प्राथार होन्ही क्ली क क्रिक्ष		
	ever is applicable)	UCE (Tick which	BASIS for REQUESTING ASSISTAN		
Ray Jones	-1				Q
(Oldpuba		81	74 BYOUZ		• 6
MANOR	7	20	790		+ 8
405	w	22	SAAKAI		+ _ e
402	W	24	PAMARA	7	. 9
405	W	56	mon		۲.
905	W	62	111421140		117
405	W.	28	Shekhan		۶ ،
405	W	55	8 14	1 MH	
			2. 0.		1
400	W	85	10/ 10/ 00		+
आवेदक के साथ सम्बन	ांग्री	(PF) HE	नार के सदस्यों का नाम	ਸੂਲ	मिक्स संख्या
Relation with Applicant	ТерпеЭ	(siseY) eg.	Member Pamily Member	ISM	Sr. No.
	विवर्ण	ग्रह्मीर द्यात्राच्य	I YJIMA7		
	12	कि \ जि	।र्जाग्न नाधन एक विष्ठ ४४ म	ह (या सान्त हा क	क्या आप आप कर दाता
	č	Yes / No	Цск мијсиелет is abbijcspje):	TAX ASSESSEE (	ARE YOU AN INCOME
			-		म । । स्थाई खाता स
(talan	Louis de Pilos				
icome)	l to toor9 data) F F함IF (라 FII은)		-1000h		TOTAL ANNUAL INCO
			1		व्यवसीत
( ( ( ( ) ) NMARRIED ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	SIIPPI) GBIRRAM	2		JON LOOT	: NOITAGUODO
	anogo so sure				
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता				
1 100 1 - 1 - 2001					
dofted dood	207245, Mobile Paradite, 242408				
4-1 0 0 0	Markdayer arilal, Khandepun, Shahdakarpun,				
210	PRESENT RESIDENCE ADDRESS REPRESENT PRINTING AND				
Harry and	DACC MU				
	\ A 1		1-1.1000	NAME .	FATHER'S/SPOUSE'S
70	NAME of APPLICANT: VOLT AND SEX 1891 SEX 1891				
	67/53	ी किसी ।	-ppike	1/0/11	आवेदन संख्या :
CETION No.: M 0123 00 72 APPLICATION DATE: Building block of life.					
noitebnuot	,				*
		(स्वर्धित	PAIR FPEIR B		7
Koshika	(eare)	HisəH)	DRM FOR ASSISTANCE	LICATION FC	ddA
. (19)					

## DECLARATION by APPLICANT: अवेद हारा 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 & ongoing assistance, if any, 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 & 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

## 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेर नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि कतम्बा के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में

"कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ॲतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

) 1

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Sonatory 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 Höspital 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्थीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगा।