APPLICATION IN C. THE PROPERTY OF THE PROPERT		the first of the control of the	RM FOR ASSISTANCE ू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika	
PRESENTING BEING AVAILED OF SAME TOTAL TOTAL OF SUPERIOR AND EAST TAKES OF THE SUPERIOR AND E	आनेदन संख्या :	Blo	424/0077	आबेदन तिथी	3/4/24	MANAGEMENT CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE PA	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS (Note appetuly) पात PRESENT RESIDENCE ADDRESS (Note appetuly) (Note appetuly) (Note and appetuly) (Note appetuly) (No		chan	drappa	GO AGE-YEARS NE		A .	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : THE ADDRESS : TH		ME:	Slo Rusar	pa			
SCCUPATION: (MARRIED (Realin) / UNMARRIED (अपिकारी) (MARRIED (Realin) / UNMARRIED (MARRIED) (MARRIED (MARRIED) (MARRIED (Realin) / UNMARRIED (MARRIED) (MARRIED (MARRIED (MARRIED) (MARRIED (MARRIED) (MARRI	notatat-	×10	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	 वृतिमान आवासीय पतः 	taka		
CCUPATION: (RETURN OF COLUMN OF CO		PE	RMANENT RESIDENCE ADDRESS	s : स्थाई आवासीय पता		-100 post-0	
MARRIED (Parlins) (WANARARIED (अर्थिक्यों)) OTAL ANNUAL INCOME: (Altack Proof of Income) (Alta			$\overline{}$	1		part of rost o	
हुत चारिक आप AN No. रचार जात गरिका FAMILY DETAILS परिवार विकारण FAMILY DETAILS परिवार विकारण FAMILY DETAILS परिवार विकारण FAMILY DETAILS परिवार विकारण And (Years) And (Years) And (Years) And (Years) And (Years) Any Other FAMILY DETAILS परिवार विकारण FAMILY DETAILS परिवार विकारण Any Other FAMILY DETAILS परिवार विकारण FAMILY DETAILS परिवार विकारण Any Other FAMILY DETAILS परिवार विकारण FAMILY DETAILS परिवार विकारण Any Other FAMILY DETAILS परिवार विकारण FAMILY DETAILS परिवार विकारण FAMILY DETAILS परिवार FAMILY DETAILS FAMILY DETAIL		Cor	lie		MARRIED (Retific	n) / UNMARRIED (अविवाहित)	
AM No. पहारो जांच प्रीकृत RE YOU AM NOOME YAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अगर आप कर देशा है (जो मान्य हो उस पर साही का निकान लगाय) FAMILY DETAILS पहिंचा (Gender Relation with Applicant कर प्रमुख के प्रुख के प्रमुख के प		(3000 /-				
अर आप कर द्यात है (जो मान्य हो उस पर सही का निवान लगाये। Sr. No.				Yes / No			
St. No. Name of Family Member tiffent के पुरस्यों का उसर उस (अर्थ) (In Internal as seen of Samily Member tiffent के पुरस्यों का उसर उस (अर्थ) (In Internal as Sam tiffent of Same tiffent	आप आप कर दाता है	(ओ मान्य हो उस	पर सही का निशान लगाये।	शर्ग / नर			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायाता के लिये विनाति आधार BPL Cand (Attach Card Capp) गरीजी रेखा के लिये प्रमाण पार (प्रमाण पर्य भी शामा ग्रीति सीलाव करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सायाना रेख की शामा ग्रीति सीलाव करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सायाना रेख की शामा ग्रीति सीलाव करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सायाना रेखे कियो गर्म शिलेश का उद्देशमः St. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मालक/राजिस्स के लाई की लाई ग्रीक्स्य सुद्धी सीलाव PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सायाना रेखे कियो गर्म शिलेश का उद्देशमः PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सायाना रेखे कियो गर्म शिलेश का उद्देशमः PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सायाना रेखे कियो का उद्देशमः PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सायाना रेखे कियो का उद्देशमः PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: ###################################		परिवार को सुद्दस्यों का नाम		Age (Years)	Gender	Relation with Applicant उत्तरेषक के क्षाय सम्बद्ध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहाबता के लिए पीमार्ग आधार BPL Card (Attach Card Guyy) गर्गवी रेखा के सीच प्रमाण पप (प्रमाण पप की सम्मा पप)	135	2/1/	- 0)-	2111	nv)	(0.0)	
BPL Card (Attach Card Card) (Attach Card Card (Attach Card Card) (Attach Card Card (Attach Card Card) (Attach Card Card (Attach Ca			BASIS for DEPLIESTING ASS		une la sendicabile		
(Attach Card Capy) परिताक के निर्ण प्रमाण पाप अन्य अरा अर्थ प्रमाण पाप अन्य अरा अरा अरा प्रमाण पाप (प्रमाण पाप की शापा प्रीत संलान करें। PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विशयों का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताला/यॉक्टर से कार्य की को गा अतिकेदन सूची, संलान (प्रमाण पाप की शापा प्रीत संलान करें। ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कार्य अरा सहायता किसी अन्य स्थाप पाप करें? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE कन्य स्थात का नाम	New York				iver is applicable)		
Sr. No. Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्माणश्याकिय से कार्य की गई अतिबंदन सूची, संतान () प्राप्त प्राप्त प्राप्त प्राप्त प्राप्त की गई अतिबंदन सूची, संतान () () () () () () () () () ((Attach Card Cupy) (Attach Certificate Copy) गरीकी रेखा के नीच प्रमाण पत्र अल्प अन्य वर्ग प्रमाण पत्र			(Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड		-Bestle/Proof	
अस्पालकारवीकर में कार्य को गई अविकेटन सूची, संसान DIGGIOS PECALOCI CONTROL CI SUNG GIVE RT TITLE PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरण के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत के लिया क्या हो? Sc. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम स्वी गई सहायता यही							
Sungery RT (TITLE) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य क्षेत्र में विका गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य क्षेत्र का नाम अन्य क्षेत्र का नाम अन्य क्षेत्र का नाम							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया यदा हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम स्त्रीय महाग्रला राही	(1)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य कोत से लिया यदा हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस संख्या				LE	catas	ad	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया यदा हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम स्थीत का नाम	N.		O		Table 1000	4.76	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया एवट हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम अन्य स्थात का नाम हो गई सहायता राशी	1 %	Simo	eny . K	L CHA	VCI O	Marino .	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया एवा हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम अन्य स्थीत का नाम हो गई सहायता राशी			ASSISTANCE BEING AVAILED M	or SAME "PURPOSE"	rom OTHER SOURCE	is.	
क्रम संख्या हो गई महापूर्वा राशी	Sr. No.		इस उर्देश्य के बेतू कोई अन्य	सहायता क्रिसी अन्य स	ति से तिया एवा हो?	571	
Scott	ऋम संख्या			AMOUNT OF		सो गई महण्या राशो	
	(0)				- X	CCCC	

DECLARATION by APPLICANT: MINTER DR WHITE THE

- 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.
- hereby confirm that I have not 5 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 घोषणा करता हैं कि इस प्रकृष में दिये गये सभी किवरण मेरी आनकारी के अनुसार सन्य एवं सब्दी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य प्रण जाता है तो मेरी सहायता लिस्स को जा सकती है।
- 2) में द्वारा जो सहापन गरित "कोशिका काउन्डेशन", में रहे का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की चूर्त के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में भरा गया है।
- मैं पुष्ट करत हैं कि जिस मतायत तेतु पत प्रार्थन की गई है, उस गति का अंशिक या सकत विस्ता किसी अन्य श्रोत/नियोगक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में तुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (agree grq 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 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 Kostika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रदर पर अपने बस्ताधर या अंग्रेड की क्राय लगाकर, मैं (आवेदक) अरानी सामांत की पुष्टि करता हैं एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके न्यालीयों " को अधिकृत करता हैं कि मैर नम, प्रता, फोटो और जो लिकान इस प्रदर में की किसी भी प्रसार नाज्यम से प्रसारत करने के लिए किसी भी प्रमार नाज्यम से प्रसारत करने के लिए किसी भी प्रमार नाज्यम के प्रसारत करने के लिए किसी भी प्रमार नाज्यम के प्रसारत करने के लिए किसी भी प्रमार नाज्यम के प्रसारत करने के लिए किसी भी प्रमार नाज्यम के प्रसारत करने के लिए "कॉलिका फाउडेंगर" व न्याली अधिकृत है।
- 2) ये (आवेदफ) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतप्तता के उर्दरणों से प्राप्ति है मुझे स्थत: सहामता का तकदार जी कराता। इस सम्बंध में "कोशिका" एयम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरम के इस्ताधा या अंगुते का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPHING DIT WITE)

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 svail 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

in the matter.

इन्यारे अधिकृत, इस्ताक्षी की ओर से मामल्येरोगों को "कॉशिका फाउन्डेशन" से चितिय सहावता हेतू सिकारित की काती है, जिसे इन (इस्काल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही प्रविष्य में पितिय सहावता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उसा रोजी-प्रमाल में लेंगे या से रहे हैं, वैसे कि इनने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिकारित/विनित एका से सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" हारा मदद होतू कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित असिकारसकल हेतू मन्तु। नहीं किया नाल है के अस्पताल किसी अन्य सामान से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रक्षता है। इस पूष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उका रोजी-मामले हेतू किसी की सामान या किसी अन्य सामान से नहीं लेक्सी है।

2. "क्लिंगका फाइन्टेंशन" से तो गई सहायत केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पा प्रस्मातल द्वारा थी गई सलक पा किये गये उपचारप्रक्रिया का मुनव रोगी एवं डस्पताल से दोच का विषय है और "क्लिंगका फाइन्टेंशन" द्वार किसी प्रकार का कोई एकाव नहीं है। इसलिये डस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और उठने वाने की सारी निम्मेयरी रोगी एवं डस्पताल की डोगी और "क्लिंगका" की कोई भूमिका या किम्मेयरी हम सामले में नहीं डोगी।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हमताबार 1 प्रिक्