API		ORM FOR ASSISTANCE त् आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थयः		Koshika	
APPLICATION No.:	MINE		PPLICATION DATE:		Building block of life.	
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम	т: Э	M. Mati	AGE-YEARS OF	-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE						
पिता/कटुम्म का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता		Branch III were premary	
Surge	ababas	holply Age	dalipon		THE SECRET STATE OF PARTY SECURITY	
-5.0		1) Hein phades	CH C - Hz	(00)	preop Postop	
	3	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	Porce All		1 1 1 21 - 4	
OCCUPATION : व्यवसाय		maken			/ UNMARRIED (অবিবাচিত্র)	
TOTAL ANNUAL INC कुल वार्षिक अप	90	ן ניסיון		(Attach Proof of i (आय का साक्ष्य प	ncome) रिलाप)	
PAN No. 刊信 明闭: ARE YOU AN INCOM	H TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / No			
स्या आग आय कर दात	त है (जो मान्य हो त	इस पर मही का निशान लगाये।	हां / नई LYDETAILS परिवार			
Sr. No.	N	ame of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	PN X	रिवार के (श्रदस्यों का नाम	उम् (वर्ष)	सिंग	अविदेक के साथ सम्बंध १० के	
0						
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ		iver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाणा प्रति संसम्ब करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलान करे।	(Atta	tion Card ach Copy) गेनता कार्ड छाया प्रति संतान करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
			QUESTING ASSISTA			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारो की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
क्रम संख्या	Dann	D SHARKIN	wast			
		Dugitibes the serial container				
			40 , 100		3000000	
	dunge	durgioni IIE soo with Prima long camb				
	0	7 1				
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतृ कोई अन्य र	SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	3	
Sr. No.	1	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राजी		
क्रम संख्या		अन्य स्क्रीत का नाम		्री के सहायता वसा		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा 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) मैं चोकना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई निकरण एवं कथन असाय पाय जात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता यांश "कोशिका फाउन्देशन", से ली का रही है, उसका प्रथान उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वार्यगा, के इसै प्रक्रम में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का शांतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोति/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में सुँगः।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करत)

- 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 प्रयत्त पर अपने हस्ताक्षर या अंगदे की क्षाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहयित की पुष्टि करता हूँ व्यं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके प्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवरण इस प्रपत्त में घोषता है, उसे "कॉशिका" एकम् न्यासी, रान, यासना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रमारित करने के लिए "कॉशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "ब्रोशिका" एवम् उसके न्यस्थियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर क अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (SPANIS DE WER)

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 in the master.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों भी ओर से मामले रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिप सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हरपातल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो नतंबन और न ही पंक्रिय में वितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उका रोगी/मायाने में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफारिश/विनति तका के सन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" हुए महायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्त्रूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थान से सहायता लेंगे का अधिकार सुर्वित रक्तवा है। इस पूष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उका रोगी/मायालं हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता कोवल विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई तथाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूमिका या जिस्मेदारी इस वामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेशन को तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) वामर को हस्साम व हस्साम व परि प