	TION FORM FOR ASSISTANCE ायता हेतू आबेदन प्रारूप	(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika	
APPLICATION No.:	0525/0097 \$	APPLICATION DATE:	SINT	Building block of life.	
THE PERSON NAMED IN COLUMN 2 IS NOT THE OWNER.	0327	AGE-YEARS		CI CI	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Seva Ran		M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME		60	1.9	Sept.	
पिता/कटुम्भ का नाम	Bihari			MATE (PARMIT TO MERG TO ASSESS	
C 155	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता		TO HERE	
Delpandas	wa, Dahali Ha	50,00	Lock-		
angue.		esh - 24	407	preof Poste	
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS				
	scim ou	about			
CCUPATION: HAM	en		MARRIED (MINIST	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आप	35/10001		(Attach Proof of I		
PAN No. स्थाई खास संख्या	1006		1 -114 311 3144 4	Kr 1/	
ARE YOU AN INCOME TAX AS	SSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No			
मा आप आय कर देता ह (जी	मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	हाँ / नही ILY DETAILS  परिवार र्	aaro		
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिचार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	Rift V	आवेदक के साथ सम्बध	
-	ganuse	.50	191	son	
	BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ		ver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण	The state of the s		क्ता कार्ड इस्या प्रति संस्थान करे।	अन्य कोई साक्य	
(प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसर	(अन्य पर का अन्य अन्य कर्तन कर्त	(3404 48 40 1	New York and a seed		
		EQUESTING ASSISTA ये गये विनती का उद्देश			
Sr. No.					
क्रम संख्या 0	0900% अस्पताल/बॉक्टर में जारी की गई प्रतिवेदन मुनी मंलप्न				
100	SUDSTS	UE .	sepele	adaract	
		UE )	enel	Careviact	
		- 1			
0					
du	MANUE DE STE	mith	PUMa	ICAS COMB	
746	3713	CCITIA	1 FLATER	( TEX COLOR	
	ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE" In	om OTHER SOURCE	5	
	इस उद्देश्य को बंतू कोई अन्य	Contract of the Contract of th	The second secon	ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्द स्थात का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता यशी		
30,144,1	0366		gon /		
			1		

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वरा प्रोपणा 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। मदि कोई विवाण एवं कथन असाथ पाय जाता है तो मेरी सक्षायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सक्षायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि निस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का शांशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्क/बीमा कव्यनी से न तो लिया है और न ही परिचन में लूँग।

## A.GREEMENT by APPLICANT (SHEEKE GIR WER)

- 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 प्रश्न पा अपने इस्ताक्षर या अंगर्ड की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी स्वापित की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चाप, पता, फोउं और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यन, याचन/या दूसरे उन्होरय से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से स्टमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

असंबंदक के हस्ताधर या अंगृते का निज्ञान

- Happy

## AGREEMENT by HOSPITAL (STATE DE WOL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm δ 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 got 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.
- हमारे अधिकृत, इरताक्षरी की ओर से मामकेशीयों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु शिकारिश की जाती है, जिसे हम (हमलाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

  1) यह कि न ते वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ते रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हुए। सदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए। सहस्थता दिनति ऑशिका/सकल हेतु मन्तु। नहीं किया जाता है तो अस्थताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षण रक्ता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्थताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोरिका फाउन्टेसन" से ली गई सहाबता केंकल विकिय प्रकृति की है। येगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव येगी दर्व इस्पताल
- के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज मुख्या और आने जाने की सारी जिप्पेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई पूर्मिका या जिप्पेदारी इस पायले में नहीं होगी।

	स्वीकृती के रि	77.7 P. 1 P. 2 P. 1 P. 2 P. 2 P. 2 P. 2 P. 2		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Akash Sumar W.B.B.S., W.S. U.F.W.C. 176171 (Name of Dr. & Regn/No. with Stamp) डाक्टर का नाम य किन्सीर व रॉब. न.	Dr. Akas Kum (Name, Designation & Stamp of Mithorised Signatory on behalf of Hospital) नम व पर हम्माल अधिकृत प्रशिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक डपयोग हेतू		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नासी इस्तका 2		
	Safernagel	lit		