API		ORM FOR ASSISTANC तू आवेदन प्रारूप	E (Healt (स्वास्थय	hcare देखभार		Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	APPLICATION DATE SHIPE THE			Building block of life.			
NAME of APPLICAN	AGE-YEARS	_	SEX लिग				
stieter to the khalil khan			63	65		THE PARTY NAMED IN	
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्म का नाम	S NÁME :	Sudan K	On ESS वर्तमान्त्र आवासीय प	81		THE RESERVE TO THE PARTY OF THE	
Maliga	yan Be	han kheu	Behjan			The second	
gar		ERMANENT RESIDENCE ADDR	e1 h — 26 150 ESS: स्थाई आवीसीय पत	21		break hostol	
OCCUPATION :	farmer			V <sub>M</sub>	ORRIED (Pariso	r) / UNMARRIED (ভাবিবাছিল)	
कावसाय TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आप	OME: 40	ין טיטין י			ttach Proof of I उत्तप का साध्य १		
	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर मही का निशान लगाये।	Yes / 7	io स्टी			
	-		FAMILY DETAILS परिव Age (Years)			B444 - B44	
Sr. No. क्रम संख्या	- uf	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
1	2an	Sanaulla		30 M		Joh	
2	Adn	an khan	25	2	m	son	
		BASIS for REQUESTING	ASSISTANCE (Tick whic	haveris	applicable)		
		सहायता के लिये वि	र्गत आधार	***************************************	142/45/WILDIAN/12		
BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाबा प्रति संलम्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy अल्प अग्रव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति सलान	उपभोक्त		py) नर्ह	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
			for REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उर				
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	Mago	भिक्ति । अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलापन					
	Biugh	RE seril aswart					
	10						
	Linge	my RIES:	ICS CU	111	PH	eg less camp	
	10	7					
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई	D for SAME "PURPOSE अन्य सहायता किसी अन्य	trom O स्त्रोत से	THER SOURCE	15	
Sr. No. ऋम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम			AMOUNT	H ASSISTANCE BEING AVAILED	
		- DI	34		Lass	1	
						2	
				-			

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा परिपण 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.
- 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.
- मैं योषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य ज्ञाय जाता है तो मेरी सहाबता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो स्वायत राश "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वायंग, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि बिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस घरि। का शरिशक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोर/नियोगक जीमा करपनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लीगा।

## 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 प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की क्षाप लगाकर, मैं (आयंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येश जाय, पण, फोटो और जो विकास इस प्रपत्न में योगित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी मतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रवार माण्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ेसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- मैं (जानंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकरण जो कि सहस्यता के उद्देश्यों से प्राधित है पुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्मय अंति वाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रस्तावर या अंगूते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL ( \*\*\* ERI \*\*\* ERI \*\*\* ERI \*\*\* ERI \*\*\* ERI\*\* ERI \*\*\* ERI\*\* ERI\*

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, हस्तावारी की और से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्डेहान" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जिस्स प्रकार से सान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो यर्तमान और न ही घीषण्य में जितिय सहायक किसी मेंर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले वह है, जैसे कि हमने "क्रोंशिका फाउन्डेशन" हो सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "क्रोंशिका फाउन्डेशन" होए प्रतिक्रिका फाउन्डेशन" होए सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सूर्यक्षत है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सत्यन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका काठन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। येगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई देशाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल को होगी और "कोशिका" को कोई चुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery अपिशन को नहीं है (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on belief of Hospital) 7 आम व पर इस्पति अपिकृत अपिकृत