		RM FOR ASSISTANCE (आवेदन प्रारूप		(Healthca (स्वास्थय देख		Koshika foundation
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		/০123/0108 APPLICATION DATE: 19-01-2023 জাবিংৰ বিখা		Building block of life.		
NAME of APPLICANT :	101231	01.00	Total	AGE-YEARS आयु-व	र्ष SEX लिंग	
आवेदक का नाम		Atavi		68	F	
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्म का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRE	FSS W	पान आवासीय पता		DARTE BUOTO WERE
House n Sahayan PHades	O' Mar	Bautha Ka	yas	the Utte		PHEOP POSTOP Atavio (0108)
	Sax	ne as abou	118			
OCCUPATION:		A CONTRACT PROPERTY.			MARRIED (विवाहित	। n) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय HOUSE WIFE TOTAL ANNUAL INCOME: 40,000 (Family) (Attach Proof of आय का साक्ष्य						Income) संलग्न) ///ने
PAN No. स्याई खाता संव	el A/A	1	3	Yes / No		1314
म्या आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उर	fick whichever is applicable): स पर सडी का निशान लगाये।	W444111	हां / नही		
Sr. No.	No	ne of Family Member		DETAILS परिवार विः Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
इर. No. क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		+	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध
	,		\pm			
			\pm			
			+			
	+	BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA	ANCE (Tick whicheve	r is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छस्य प्रति संलम्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाख प्रति संसम्म करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
				UESTING ASSISTAN गये विनती का उद्देश्य		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलगन					ī
	,	Λ			121 2	
	4	Dignosis-				taract
				F - SON	ilt Co	1110901
		Swigery -	· X	PE - S.	ics w	ith PMMA
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेत् कोई	ED for S अन्य गा	AME "PURPOSE" fro	um OTHER SOURC	ES
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता खशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा गनः

- 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 assis, 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 amfor which this assistance is requested.
- 1) में मोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। बाँद कोई विवरण एवं कथन असरव पावा जाता है तो मेरी सहायका निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहस्वात राशि "कोशिका फाउन्होनान", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी ठर्पश्च की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुलिट करता हूँ कि जिस सडापता होतु पह प्रार्थना की गई है, इस ग्रांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोता/निवोजक/बीम कम्पनी से न तो लिया है और न ही पहिष्य में लैंगा।

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 इत्ताक्षर चा अंगठे को छाप लग्नकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा माम, पता, फोटो और अं विवरण इस प्रपत्र में भोगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों उत्तेर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आविषक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों कर निर्मय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तामर मा अंगुड़े रहा निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

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 matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले रोगी की "कोशिया फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न वो बतंबान और न ही धरिष्ण में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या बितती अन्य स्त्रीत से वक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद होते कि हो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सत्वायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद इक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सावन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृषि की है। रोगी पर इस्पताल द्वाय दो गई सलाह या किये गये उपचारप्राक्किया का खुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वाय किसे प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुख्ता और आने जाने की साथै विष्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की डोगी और "कोशिका" की कोई भूगिका या विष्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FC स्वीकृती के रि				
Date of Surgery ऑपरेशन की व्यक्ति 19-01-2023	Dr. PRAVEEN SEN SHAH! (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व र्राज. म.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Adolf Dehalf of Hospital)			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	OUNDATION आन्तरिक उपयोग हेर्नु (NANANI)			
SIG	GNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2			
E	Seferyel	lic 18			