mom-C-22-09-3193

APPLI	CATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika foundation	
APPLICATION No. : सर्वेदन संख्या :	M/0123/0111	APPLICATION DATE : आवंदन तिथी 20	101/23	Building block of life.	
IAME of APPLICANT : गावेदक का नाम	Laty Devi	AGE-YEARS आ			
ATHER'S/SPOUSE'S N/ ता/कटुम्प का नाम	AME: PORHOU			ME LATA MUT WILL ATAL	
	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता		PASTE PHOTO HERE	
	Shiway put, Kheni,	Maigal gan	, .	BUP- Post of	
	Offer Road	lest , 261	505	DUPF TOST T	
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पता			
	Same ru	above			
CCUPATION :	Manage minimum				
ग्वसाय	Home maker) / UNMARRIED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCOME इल वार्षिक आय	723000 (- Janaco	y-	(Attach Proof of Ir (आय का साक्ष्य स		
AN No. स्थाई खाता संख्य	T ACCEPAGES (TILL	7			
RE YOU AN INCOME TA या आप आय कर दाता है	X ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नहीं			
JA 101	FAN	WILY DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम सख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष) 2. 2	लिंग १ १	आवेदक के साथ सम्बंध	
) -	Ram chahalma	.31	W)	San	
3.	Carridge	29	m	Soh	
	BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति र	ISTANCE (Tick whiche आधार	ver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		REQUESTING ASSISTA			
		न्ये गये विनती का उद्देश			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ढ्रॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis	Z (Serill	Catanact	
1		P			
		()	Schill (a taralt	
2.	RE SESS WI	th PMM	a lens 2	anh	
				•	
	ASSISTANCE BEING AVAILED foi इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	r SAME "PURPOSE" fi	rom OTHER SOURCES	3	
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	संख्या अन्य स्त्रोत का नाम		ली गई सहायता राशी		
\	DBCS		210	50 1	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हार्च योक्पा पत्र:

liable for rejection/cancellation. 1) 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,

S) 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

for which this assistance is requested. 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

🔾) संस्था की सहायता शही का के कि के कि के कि के कि के अपन का किया वाजा है। अपन किया जाने के का अपन प्राप्त के कि का के किया जान है।

3) में पुष्ट करता है कि निम्म क स्थाप अर्थन के अपन का आशिक का असिक कि सम्बन्ध किस्स कि मिन के मिन के

for which assistance is being requested. activities/achievements. Such use of my photo & detalls can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to

with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me. will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely 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,

पता, प्रोटे और हो विस्ता है। उसे होनेते के किसी मी प्रमार मान्या कुसे उद्देश्य से चुडी गतिबिधियों और उपलिकियों के लिये किसी मी प्रमार माच्यम ,मान छमं को है 1857क छकुणीस कि " किसियान कैसड और नाइडेडाक काशीक" वर्ष है 1857क उन्हों कि तीमग्रस किए (कड़कीस) में ,प्रकामज़ माख कि र्रगांध कि जास अप प्राप्त सह (1

में प्रज्ञान कर प्राप्त कर होते कर प्राप्त कर कि होते होते हैं है है कि प्राप्त कर उन्हें कर कर स्वाप कर प्राप्त कर कर कर कर होते हैं कर कर स्वाप कर प्राप्त कर कर कर है कि स्वाप कर पर स्वाप कर स्वाप कर सम्बंध कि स्व ाई कड़ाशील फ़िग्रम् व "नम्डेंटान तमांत्रीत" प्राजी के रिज्य में त्राव वर निवय के व्यापड़ प्रेम विश्ववाद कर होता है।

।गार्ग्ड गिक्तव्याव प्रीट महीरि प्रोणनी का पिशीक क्रमूठ पृष्ठ "काशीक"

NOISESSIGN SMUHT THE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

माष्ट्रन क हरनाक्षा या अग्नुहे क कर्रकाह

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हाप करार)

by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shoritall from another NGO or any other source. This (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 By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

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 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patienticase from any other NGO or any other source requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted

किसी तुर्व भी भारत संस्था या सन्तामन के सहायता हैने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुख्य में स्पर का बात है किसी लागमरू कि है लाफ किकी कि प्रत्य हुई लकमरकार्गीस् तीनमें लागडाम छाड़ "नाइक्रकाय कार्गीक" शिक हिंद त्रने हुई त्रनम छाड़ "नाइक्रका कार्गीक" में थन्य के तक तिन्दीपरगीयमी स्

। तिन्रिपार्क कि मि माम म्या मिकी का क्येंस किरान प्री

। गिर्फ किन में ज़िमाम मुड्र ग्रिप्निमानी पर तकामीन ड्रेतक कि "तकाशील" ग्रीर गिर्फ विन

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

क्रीहुरमेर प्राजी क किक्रीब्स

MAZHARAN KHAN

(Name of कि: क्यूड्स, Now के कि का की)

कृष्ठ गिम्पठ क्रीलारू

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यासी हस्याखर 2 SIGNATURE of TRUSTEE 2

Violengic best of the party of

न्यासा हस्याक्षर SIGNATURE OF TRUSTEE 1

01,12,2022

क्रीमा कि नार्श्रमेंह Date of Surgery