mom-(-23-01-1330 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Coshika सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) APPLICATION No. : M10123 10/13 APPLICATION DATE : आवेदन संख्या : 20/01 आवंदन तिथी Jumunta deur AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ramchandra FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PASTE PHOTO HERE , Kheni. UHAN Rosa deesh, 262805 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता 600P- PO8+0P Same as about Home Makes OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) व्यवसाय 35,000/ Husband TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ सम्बध AshaK ook 30 m agdish Son BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उपमोक्ता कार्ड अन्य कोई साक्ष्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलान करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ड्यॅक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या Cataruc ! iaghori 0 a tancet with Pmma (ch) . ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी) BC

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,

2) 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 fult, from any other source/employer/insurance company, of the amount

। है किक्स पर करता है कि इस प्रारूप में हि सम्प्रा कि के समुसार सन्त्य एवं सही है। यह कि किवरण एवं करान आसर पाया जाता है। एक एवं कि कि

3) में प्रीट करता है कि मिल का सहस्यत है कि मिल के मिल सिका अपना किसा किसा कि मिल मिल किसा के में होता कि मिल में देंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक हार करर)

activities/achievements. Such use of my photo & details 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 & defalls of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, for which assistance is being requested.

2) में (आवेदन) हम जान से लान में एक सहित और हितरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रावेद हैं मुझे स्वत: सहायता का इकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध ाई हुन्धित क्रिप्ट व "नुरुक्ताद त्कादीत्र" पूछी के निक में त्राव कि कुछ के ह्याज़ दूर पिछानी तक हुएए दिन । है हुन्धित छाती के निक छो। ए

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा घोषणा पत्रः

नाष्ट्रने क केरनाक्षर या उनेहें के केर्रकास

(JUTP DE PIDPY JATISCH (JATHAMATANO)

(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 affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

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. confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patienticase from any other NGO or any other source 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

in the matter.

(िन्रिपानि जिन् में नाथा अन्य क्षाय में नाथ क्षाय है। किसी अन्य संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता हैन का आधियकार सुरक्षित रखता है। इस मृष्टि में स्पष्ट काहा जाता है किसी मारन केंद्र लामभर कि के काष्ट किकी कि मुस्प है एकम/कार्गीस कीनकी कामक काइ "नाई-हास कार्गीक" श्रेष की है अन्य काइ "नाई-हास कार्गीक" में एक्स के कि की की प्राप्ति से

लाम्पत्र हम पिए भित्रमिन्दी भिक्त कि निष्ट निष्ट निष्ट कि कि निष्ट मि कि निष्ट कि निष्ट निष्ठ कि निष्ट

। शिर्ष कि में रिमाम एड गिर्भिको ए कियोर हैकि कि "कारोकि" मेरि शिह कि

जिक्रिमें प्राजी क किकुकि RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

गिक्षीस कुथीस लाग्रिड २४ में भी OM (Mante, Designa Manager nunA

Your & Stamp of Authorised Signatory (Isripadity)

क्रीन्तरिक क्रीन्नार्छ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(qhiath Control of the sent of

Dr MAZHARM KHAN

Date of Surgery

न्यासा हस्याहार ऽ SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE OF TRUSTEE 1