mom- C-24-05-0968

APP	LICATION FORM सहायता हेतू ३	The second secon		ncare) देखपाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आयेदन संख्या :	M 05241	6121	APPLICATION DATE	105/24	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		Kadi	AGE-YEARS OF	ायु-वर्ष SEX सिंग	A	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME: Bhard	auti Por	read		F RAM KAUT	
Calhau	a, Jank	SENT RESIDENCE AD		hispari	Poll Por	
Kheeri, Sl	PERM		११५०/८% - २) DRESS : स्थाई आवासीय पता	1505	1000	
		Came	asapave			
OCCUPATION : EXPERTITE TOTAL ANNUAL INCO	ME:	memeker	(Attach		হাঁED (বিবারিন) / UNMARRIED (প্রবিবারিন) ch Proof of Income)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता सं	<u> </u>	700 - fan	nily	(आय का सास्य संश	(F)	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick है (जो मान्य हो उस पर	whichever is applicable सही का निशान लगाये।	Wi / 7	nŝi		
Sr. No.		Family Nember	FAMILY DETAILS परिवा Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार र	हे सदस्यों का नाम सिन्हार	उम् (वर्ष)	िर्मग विका	आवेड्क के साथ सम्बध	
2	Ra	n Kurran	29	m	Son	
	1		0~			
		BASIS for REQUESTI महायता के लिये	NG ASSISTANCE (Tick which विनति आधार	hever is applicable)	X	
(Attach Card Copy) (Attach गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प		EWS Certificate (Attack Certificate C अल्प आय वर्ग प्रपाल प्रमाल पत्र की खर्मा प्रति र	opy) (A	latiga-Card Mach Copy) रघोषता कार्ड ते सम्पाप्ति संतरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			SE" for REQUESTING ASSIS ता हेतु किये गये विनती का उर			
Sr. No. कम संख्या	The state of		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर/मे बारी की गई प्रतिबेदन सूची संसान		. 4	
क्रम सदम	8) lad Vos	18	KIE- Benje Cotaruct			
	10		116-	Alente	Cortagiant	
			<i>σ</i> -ιε			
2	Swy	ey Lis	LE Sics with prima less comp			
		SSISTANCE BEING AV	AILED for SAME "PURPOSE	" from OTHER SOURCES		
Sr. No.	T	NAME of OTHER	द्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया तो ME of OTHER SOURCE AMOUN अन्य स्थात का नाम		ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अत्य स्थात क	। नाम	209790		
	_	_				

DECLARATION by APPLICANT: SERVE BET VITUE TX:

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी संशायत निस्स्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहापत गरिर "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पृष्टि करता है कि जिस स्वापक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गति का ऑतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोधक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

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.
- () इस प्रथम पर अपने इस्ताधर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता मूँ एवं "कंशिका फार्क्डरन और उसके न्यासीमों " को अधिकृत करता मूँ कि मेरा नाम, पता, फारेंगे और जो विवरण इस प्रपत्र में फीवित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कंशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्दरयों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदर नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिथ और बाध्यकारी होताः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेरक के इस्टाधर या अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमालल 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, इस्ताक्षण की और से मामसंतरीयों को "कोशिका फाठन्देशन" से विविध सहायता हेंदू सिफारिश की खाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य थ स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में विविध सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उन्ता रोगी/मामले में लेंगे था ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

 से सिफारिश/विनती उन्ता के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हाए मदद हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हाए सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्थताल
 किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उन्हा रोगी/मामले हेतू किसी
- 2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह पा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वार्न की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या विस्मेदारी इस यामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED Fo स्वीकृती के रि	OR ACCEPTENCE लेप् संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख़ oqlo5 29	(Name of the Example To with Stamp)	Mame, Designation & Stand of Authorised Signatory Position & Stand of Hospital of Hospita		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
	ATURE of TRUSTEE 1 न्वासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकर 2		
8	fugel	lier E		