MOM-C-23-01-1443

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)					Koshika foundation	
APPLICATION No. :	M/0123/0123	APPL	ICATION DATE:	9	Building block of life."	
NAME of APPLICANT : Jakona अावेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग			
FATHER'S/SPOUSE'S NA पेता/कटुम्म का नाम	ME: Sintay	1				
	PRESENT RESIDENCE ADDR	ESS वर्त	मान आवासीय पता		PASTE PHO	
	layping, Ray Pur,	Kh	on, Raipu	7 /	Proof-Postor	
	PERMANENT RESIDENCE ADDR	1 26	2802		17001-108+1	
	Same a		OVE			
DCCUPATION :	ome Maker		1.41	IARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCOME		-	_	Attach Proof of Ir		
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या			,	(आय का साक्ष्य स	लग्न)	
ARE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।		Yes / No			
या आप आय कर दाता ह	(जा भान्य हा उस पर सहा का निशान लगाये।	FAMILY	हां / नही DETAILS परिवार विवर	ण		
Sr. No.	Name of Family Member	A	ge (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		उप्र (वर्ष) 30	लिंग (*)	आवेदक के साथ सम्बंध 200	
	faiyaz		32	m	- OA	
۲,	Natib		28	m	SON	
	BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये वि	ASSISTAN नति आधार	NCE (Tick whichever i	s applicable)		
BPL Card (Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्रम (प्रमाण पत्र की छाया प्रति	गण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Copy)		Card Copy) कार्ड प्रति संसम्ब करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			ESTING ASSISTANCE ये विनती का उद्देश्य:	:		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	Piaakasis	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	The state of the s	16				
	1.		- Sen	Ul Cour	lenar f	
2.	KG SICS with Pinna long Canf					
	V-10-					
	ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेतू कोई				3	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			
क्रम संख्या	BCS		2,00			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक हारा घोषणा पत्रः

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,

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 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.

2) मेरे हुए। जो सहायता राशित कार्यात कार कार कार के कि एक करोड़ कि एक एक पान के पान कार्या कार्यात के पान के पान के

3) में पुरू करता हैं कि जिस सहापता हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस सीश का आशिक का सकल हिस्सा किसी अपन फीरिनोजकतीमा कप्पनी से न तो हिस्सा है और न ही पिछप में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक हारा करार)

for which assistance is being requested. 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 solioifing 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) (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted,

, मार छन को कुमिल कि में कि

है रुक्रपीय जिगय व "सर्वेडराय क्राप्नीत" प्राप्ती के रिज्य में त्या व लिया के प्राप्त के लावड़ ईम एत्रवादी कि यम होता है। एत्री कि क्राप्तीय के क्षित्र कि क्षित्र होता हो।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: तार्गह जिल्हा मेरि महीर होग्हें कि किसी क्रिक क्रिक महरू नहीं कि

नाएनी कि ठूपंड कि प्रशास्त्र के कर्रकार

AGREEMENT by HOSPITAL

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

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 will patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will 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. (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another MGO 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. 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 MGO or any other source. This

किकी हुई निगानिक कर दल्या सन्याय के का अधिकार देश हैं कि को इस पुष्टि में उन्म प्रकाश के स्वाय के स्वयाय है। स्वया के सम्प्राधिक उन सम्बर में कोशिका कानकेशार हो। के विष्य में कोशिक कि मन्त्र के कि मन्त्र मार्क के मन्त्र मार्क मार्क के मन्त्र मार्क मार्क मार्क मार्क के मन्त्र मार्क है किन प्रकार हे साथ में अन्य निर्म के मिन के बिल के छिन के छिन के छोन है। स्वार के बन के बन के साथ के साथ है।

2. मिशिया का के निर्माण के लिए के कि के कि कि कि के कि कि कि के कि कि कि कि के निर्माण का कुनाव के में कि कि कि

। गिर्म कि में िमाम प्रदू शिर्मिकी ाम किमीन देकि कि "काशीक" प्रीर गिर्म कि

क्रीकृती क किक्वीक RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Anuray Mishra

Change Alonimistration of Busing Managed Signatory Organical Signatory (Single Signatory Organical Signat

म की ह भिष्ठाभेश है मान एक प्रमात (Hame of Des Regn. No. with Stainp)

MAHA M RAH

MMM S'EICO

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE OF TRUSTEE 2 कृष्ठ गिक्रफ करीक्ताह

। प्रधामे इस्ताक्षर । SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 2

छिशान कि नष्ट्रभूषि

Date of Surgery