APPLI	(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			Koshika			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	10127	APPLICATION DATE : ०००५-25 आयेदन विधी			Building block of Ms.		
NAME of APPLICANT :			AGE-YEARS ST	पु-नार्थ	र्ष SEX रिशंग		
आवेदक का नाम Kam la Devi			74		F		
FATHER'S/SPOUSE'S N. पिरा/कटुम्प का नाम		Dan Manle					
village- Kha	eli ,	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	s वर्तमान आवामीय पता	Thy	24.		
Dan	stkan-3	3 3034				a e Debo	
PAR	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRESS				Proof Postop	
		195 960	Ue	_		-	
	Week to the second				6		
OCCUPATION:		M/	RRIED (विवाहि	ন) / UNMARRIED (সবিবারিন)			
TOTAL ANNUAL INCOME	(Attach Proof of Income) (এয়ে কা মাক্য মলেন)						
PAN No. THE BIRL THE	मा	1001- (femily)		-			
ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (fick whichever is applicable): र पर सही का निशान लगाये।	Yes No	1			
क्या आय आय कर दाता ह	(जा मान्य हा उन		AMILY DETAILS परिवार	_			
Sr. No.	Nar	ne of Family Member	Age (Years)		Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्य	परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)		सिंग	आवेरक के साथ सम्बध	
		AII					
		p					
		BASIS for REQUESTING AS	SSISTANCE (Tick which	ever is	applicable)	1	
		सहायता के लिये विनरि	त आधार	11120-24	-1389/118200-1-0		
BPL Card EWS Cartificate			Ration Card (Attach Copy)			Any Other	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाम पत्र				Basis/Proof	
		(प्रमाण पत्र की छामा प्रति संसन्त व				अन्य कोई सास्य	
1301111101111011101101101101101101101101	1157175 5000		PEOLICEPHO ACCUE	TA NOT			
			r REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उर्				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसन्न						
	Dighall RE - Semie Cateralt						
	LE - Senile Colaract						
	Control Control December						
	Surjery - LE- STCS WIND PMMA						
	0	0					
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतु कोई अ	for SAME "PURPOSE"	from (OTHER SOURCE	CES	
Sr. No. क्रम संस्था		NAME of OTHER SOUR				DUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहायता. एशी.	
97 500						Continue Continue de la Continue de	
		Mill					
				-			

DECLARATION by APPLICANT: असमेदक द्वारा घोषणा पत्र:

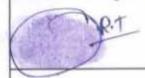
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance
 was requested by me.
- 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 for which this assistance is requested.
- 1) में घोषण करता हूँ 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महायत राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेण, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता होतू यह प्रार्थना की गई है, उस गांश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य फ्रोडरनियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अल्बेटक 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 प्रयत पर अपने हस्ताका या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोडो और जो विवरण इस प्रयत में योषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगूडे का निशान



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

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/रोगों को "कोशिका फाउन्बेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यवात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काते हैं।

1) यह कि न तो वर्तकार और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्बेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्बेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। मदि "कोशिका फाउन्बेशन" द्वारा स्वत्यता विनति ऑशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साथन से सहायता लेने का अधिकार मुर्शकत रोश मुर्शक में स्थाप कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय परंद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से लो रहं सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख Name De handlon & Stamplet Authorised Signatory Dr. Mohd M B (Name of Sr. Apresia No. Way Stamp) Dr. Shroff's Chambelya of bispothy) हांक्टर का नाम के प्रशिक्षत भ एके न APWARY Reging अधिकृत अधिकारी Reg. FOR-ENERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ! न्यासी हस्ताक्षर 2