APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायात हेत् आपेल्य प्रारूप (Application is) (	APPLICATION No.: आवेदन संख्या : NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्म का नाम  OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है  Sr. No. क्रम संख्या	सहायता हेतू आवेदन प्रारूप  M 0223 0137  Sukhami Devi  AME: Mangane  PRESENT RESIDENCE ADDRESS  Ray butt, O dovia, Khame of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	APPLICATION DATE! आवेदन तिथी े 3 वि AGE-YEARS आ G 8 S वर्तमान आवासीय पता C 1 2 6 2 7 2 S: स्थाई आवासीय पता C 1 2 0 0 0 T 1 7 5 MILY DETAILS परिवार Age (Years)	देखपाल)  2 / 2    14-वर्ष SEX लिंग  SEX लिंग  ATTOM ARRIED (विवाहित) /  (Attach Proof of Inco. (आय का साक्ष्य संलग	PASTE PHE POST - OP POST -			
APPLICATION NO.: M 02.23 0.137 APPLICATION DATE survive Red of APPLICANT: SUK ham Lev APPLICANT: SURVIVE APPLICANT: SUK ham lever APPLICANT: AND APPLICANT: SUK ham lever APPLICANT: AND	आवेदन संख्या :  NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम  FATHER'S/SPOUSE'S N/ पिता/कटुम्म का नाम  OCCUPATION : व्यवसाय  TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय  PAN No. स्थाई खाता संख्य  ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है  Sr. No. क्रम संख्या	PRESENT RESIDENCE ADDRESS  PRESENT RESIDENCE ADDRESS  Ray butt, O dovid, Kw  VIII PERMANENT RESIDENCE ADDRESS  Same as  Tome maken  II AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	अविदन तिथी <u>0</u> 3   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   6   8   8	MARRIED (विवाहित)	PASTE PHE POST - OP POST -			
NAME OF APPLICANT: SWAMAN! Levi  AGE-YEARS SING- को SEX RET  FATTHER'SISPOUSE'S NAME: MA MAJATE  PRESENT RESIDENCE ADDRESS की जान आवारीय पढ़ा  PRESENT RESIDENCE ADDRESS की जान आवारीय पढ़ा  PASTE PH  PRESENT RESIDENCE ADDRESS ' रखा जावारीय पढ़ा  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS ' रखा जावारीय पढ़ा  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS ' रखा जावारीय पढ़ा  PASTE PH  POMP MAKE  MARRIED (Radiko) / UNMARRIED (जीवविका)  (Attach Proof of Income)  (अर्थ को साल्य संस्था  (अर्थ को साल्य को साल्य को साल्य को साल्य  (अर्थ को साल्य  (अ	अावेदक का नाम  FATHER'S/SPOUSE'S N/  पिता/कटुम्म का नाम  OCCUPATION: व्यवसाय  TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय  PAN No. स्थाई खाता संख्य  ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है  Sr. No. क्रम संख्या	PRESENT RESIDENCE ADDRESS ROY PUT , O OUTA , KN  VHATA PAID AND  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS  Some as  TOME MAKET  E: 32,000 ,  II  AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	AGE-YEARS आ 68 S वर्तमान आवासीय पता 2 11	MARRIED (विवाहित)	PASTE PHI POST - OP POST -			
FATHER'SSPOUSE'S NAME: MAP A GAY (E. PRESENT RESIDENCE ADDRESS चर्तमान आवासीय परा  PRESENT RESIDENCE ADDRESS: चर्चा आवासीय परा  UH-दान A Section No. 1	OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	PRESENT RESIDENCE ADDRESS ROY DUTY, O OUTA, KN  WHAT A PAID AUS  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS  Some as  TO ME MAKEN  AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	Yes / No si / ris	MARRIED (विवाहित) (Attach Proof of Ince (आय का साक्ष्य संल	PASTE PHI POST - OP POST -			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS चर्चामा आवासांच पता  OCCUPATION:  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रच्या अवासांच पता  (Attach Credit Companies)  FAMILY DETAILS परिवार विचरण  FAMILY DETAILS परिवार विचरण  Age (Years)  Gender  FAMILY DETAILS Vरिवार विचरण  Age (Years)  Gender  FAMILY DETAILS VIRTUR विचरण  Age (Years)  Age (Years	OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	PRESENT RESIDENCE ADDRESS ROY DUTY, O OUTA, KN  WHAT A PAID AUS  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS  Some as  TO ME MAKEN  AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	Yes / No हां / नई MILY DETAILS परिवार Age (Years)	MARRIED (विवाहित) / (Attach Proof of Inco	PASTE PHI POST - OP POST -			
PARMANENT RESIDENCE ADDRESS: तथाई आवाचीय पंचा  Sca The GA CLOUP  OCCUPATION: Home Maken  OCCUPATION: Home  OCCUPATION: Home  OCCUPATION: Home  OCCUPATION: Home  OCCUPATION: Home  OCCUPATION: Home  OCCUPATION: Ver Income)  (SIT को River Retrief)  OCCUPATION: Ver Income)  (SIT को River R	OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS  AMERICAN  AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	Yes / No हां / नई MILY DETAILS परिवार Age (Years)	MARRIED (विवाहित) / (Attach Proof of Inco	UNMARRIED (अविवास्त)			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवाशीय परा  COCCUPATION:	OCCUPATION : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS Some as  Tome maken  II  AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	S: स्थाई आवासीय पता Cl Louf  Yes / No हां / नई  MILY DETAILS परिवार Age (Years)	MARRIED (विवाहित) / (Attach Proof of Inco (आय का साक्ष्य संलग	UNMARRIED (अविवास्ति)			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वार्ड आवासीय एका  ATT ONE MAKEN  OCCUPATION: Home Maken  OCCUPATION:	व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	S: स्थाई आवासीय पता Cl Louf  Yes / No हां / नई  MILY DETAILS परिवार Age (Years)	MARRIED (विवाहित) / (Attach Proof of Inco (आय का साक्ष्य संल	ome)			
CCCUPATION: Home Market Amarket (क्षिवाक्षित) / UNMARRIED (क्षिवाक्षित)  TOTAL ANNUAL INCOME: 3 2 ) 000 , (Attach Proof of Income) कुल वार्षिक आव  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का नियान लगाये।  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  Sc. No. Name of Family Member परिवार के 'स्ट्रपों का नाम अह (व्यर्ग) हिंग	व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	Tome Maker 32,000   • II AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	Yes / No हां / नहं MILY DETAILS परिवार Age (Years)	(Attach Proof of Inco (आय का साक्ष्य संलग व	ome)			
ञ्चलसाय TOTAL ANNAL INCOME: 32,000, (Attach Proof of Income) (अप का साख्य संत्रान)  PAN No. स्वाई खाता संख्या  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्वा जाप आय कर पाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  Sr. No.	व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	ा  AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	हां / नह MILY DETAILS परिवार Age (Years)	(Attach Proof of Inco (आय का साक्ष्य संलग व	ome)			
ञ्चलसाय TOTAL ANNAL INCOME: 32,000, (Attach Proof of Income) (अप का साख्य संत्रान)  PAN No. स्वाई खाता संख्या  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्वा जाप आय कर पाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  Sr. No.	व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	ा  AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	हां / नह MILY DETAILS परिवार Age (Years)	(Attach Proof of Inco (आय का साक्ष्य संलग व	ome)			
कुल वार्षिक आय  PAM No. स्वाई खाता संख्या  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्वा आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)  Sr. No.	कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है  Sr. No. क्रम संख्या	ग AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAI Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	हां / नह MILY DETAILS परिवार Age (Years)	(आय का साक्ष्य संला ती	ome) न)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निराम लगाये।  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  Sr. No.	ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आय कर दाता है Sr. No. क्रम संख्या	AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAI Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	हां / नह MILY DETAILS परिवार Age (Years)	री				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण Sr. No. Name of Family Member परिवार के सहत्यों का नाम Age (Years) उप्र (वर्ष) विशे विशे विशे विशे विशे विशे विशे विशे	क्या आप आय कर दाता ह Sr. No. क्रम संख्या	(जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAI  Name of Family Member  परिवार के सदस्यों का नाम	हां / नह MILY DETAILS परिवार Age (Years)	री				
Sr. No.	क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सुदस्यों का नाम	Age (Years)	0				
क्रम संख्या  पिलार के सुदस्यों का नाम  उन्न प्रिंग  अविदेश के साथ सम्बंध  (Altach Card Copy)  परिवार के निवं प्रमाण पत्र  (Attach Card Gopy)  परिवार के निवं प्रमाण पत्र  (अस्व ने निवं प्रमाण पत्र  (अस्व ने के प्रमाण पत्र की ख्या प्रति संलग्न करे।  (अस्व के क्ष्म संख्या  अविदेश के साथ सम्बंध  (Attach Card Copy)  अव्य अविदेश के साथ सम्बंध  (Attach Card Copy)  अव्य अविदेश के साथ सम्बंध  (Attach Card Copy)  अव्य अव्य अग्रमण पत्र  (अस्व अव्य वर्ग प्रमाण पत्र की ख्या प्रति संलग्न करे।  (अस्व अव्य वर्ग प्रमाण पत्र की ख्या प्रति संलग्न करे।  अस्य को ख्या प्रति संलग्न करे।  अस्य को अस्य वर्ग प्रमाण पत्र  (अस्य वर्ग प्रमाण पत्र की ख्या प्रति संलग्न करे।  अस्य को ख्या प्रति संलग्न करे।  अस्य को अस्य अविवेदन सूची संलग्न  अस्य को वर्ग प्रतिवेदन सूची संलग्न	क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years)	Sr No. Now - S.F. 11. 14. 1				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  सहायता के लिये विनित आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हे कु किये गये विनिती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल्डांकर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हे कु किये गये विनिती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल्डांकर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न  PURPOSE के प्रमाण पत्र की जार प्रतिवेदन सुची संलग्न		Santay	उम्र (वृष्)		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  Sr. No.  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हे तु किये गये विनती का उद्देश्यः  Madical Reports/Prescriptions Attached अस्पतालग्डांक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  DIOGRAPHIA								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न	2 .	Jalla	35	m	Soh			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण पत्र की श्राप पत्र की श्								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण पत्र की श्राप पत्र की श्								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण पत्र की श्राप पत्र की श्								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न  (प्रमाण प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवंदन सूची संलग्न								
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  कम संख्या  Sr. No.  कम संख्या  (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति	ISTANCE (Tick whiche आधार	ver is applicable)				
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  Sr. No		EWS Certificate	Rat	tion Card	Any Other			
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached  अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न    Container   Container		f			Basis/Proof			
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या  अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  DING LOUIS CONTACT	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति	संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।			अन्य कोई साक्ष्य			
Sr. No.  क्रम संख्या  अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न  ाध्रम किर्माण किर्म								
Diagnosis RE - Senile Contaract  LE - Senile Cataract								
2 E - Sewile Catalact	क्रम संख्या							
		Diagnosis / Serie Contaract						
I I E SJCS with Pmma lent Gmb		16	- Sene	De Catalact				
	7.	1 E STCS Wid	7 Pmmo	I ch Gir	nh			
	1							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहापता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उददेश्य के क्षेत कोई अन्य	SAME "PURPOSE" fr सहायता किसी अन्य स्त्रो	rom OTHER SOURCES त से लिया गया हो?				
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		to. NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				
	क्रम सख्या	अन्य स्त्रोत का नाम						
AIRCCI,				4,00				

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, liable for rejection/cancellation.
- 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 was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of relmbursement, 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 हूँ कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेत यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविष्य में लूँगा।

## 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतेम और बायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्भुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery आसंसन की तारीख Name pfor Freq. Nowith Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व र्राज. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 -यासी इस्ताक्षर 2