АРР		ORM FOR ASSISTANCI तू आवेदन प्रारूप		(Healthca (स्वास्थय देख	ब्रमाल)		Kos	hika lation	
APPLICATION No.: V/0423/0141			APP आवेद	LICATION DATE : 🧐	1/04	23		lock of life.	
NAME of APPLICANT	. 0	1 1 1		AGE-YEARS जायु	वर्ष इह	X लिंग	1000 5	400	
NAME OF APPLICANT: In obati				69		=		1 E	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: B	aliya					A CONTRACTOR	West	
, ,		PRESENT RESIDENCE ADDR			,				
Gihan	u maha	viam, Nagala	1	anga,	4.Kan		Pereap	Postos	
barng ar,	Akesh	PERMANENT RESIDENCE ADDRE	U∏A ESS: ₹	U. P. 2 यह अवसीय पता	813	) (	Toteap	Long	
		same as a	601	re					
OCCUPATION : व्यवसाय	- H	ome maker				10-14-17-17-17	ন ব) / UNMARRIED (এট	व्यक्ति)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वर्षिक अप		420201-CF	an	nily?		Proof of का सक्ष्य	income) मंलम्) VA		
PAN No. 관리 정비리 전 ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):		Yes / No					
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो र	इस पर सही का निशान लगाये।		डां/ नही	1				
Sr. No.		ame of Family Member	the same of the last	DETAILS परिवार वि	विरण Gend	lain.	Market Commence		
क्रम संख्या	प	रिचार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gene		Relation wil	th Applicant साथ सम्बंध	
. (*	San	am		774	V	1		band	
बै.	Chhu	Chhuttan		37 M		(	Son		
3.	Many			33 F		=	Daught	en intall	
4.	Ada	1sh	1		-	1	Grand	con	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	ASSISTA ति आध	NCE (Tick whicheve	er is appli	cable)			
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साया उठि संतम्म	पप्र		Ration Card Attach Copy) पञ्जेक्ता कार्र को खपा प्रति संतम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
				JESTING ASSISTAN विनती का उद्देश्य					
Sr. No.	T	Medical Reports/Prescriptions Attached							
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RE- Cadana 04									
	LE- Contarion-								
	-	Swigery- (E) SJOS & PMMA							
	-		1				0 1 40 1	OKI PI	
		ASSISTANCE BEING AVAILED					ES		
Sr. No. %म संस्था	NAME of OTHER SOURCE						of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता उशी		
21 1011	DBCC Street Country and Total				2000/				
						-			

## DECLARATION by APPLICANT: आवंदश द्वारा पोपणा पत:

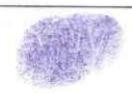
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, fiable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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.
- में योषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय प्राथ जाता है को मेरी सवायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कॉशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की चूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग्न गया है।
- में पुष्ट करत हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थत की गई है, उस स्तिर का आंशिक या सकत दिस्सा किसी अन्य संस्थितिकांग्रकाचीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो चरिष्य में लेगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SHAPE ETC WITE)

- 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 प्रथम पर अपने इस्तासर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्तामति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पत्ता, पतंत्रे और जो विवाण इस प्रयम में घोषा। है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पत्त, यावनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यम से प्रथमित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अलंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाग, एता, फोटो और विकाश जो कि सारायता के उप्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यामियाँ का निर्णय और बाल्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रस्तावत या अंगूठे का निरान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वार करन)

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 अधिबृत, इस्ताक्षरी की और से मामलेशीमी को "कॉशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेंदू सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) या कि न ले वर्तमान और न ही प्रतिथा में वितिय सहायता किसी मैंह सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/प्रामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्हेशन" से सिफारिश/विनति उसा के सम्बंध में "कोशिका परान्देशन" द्वारा पर होते कि से सम्बंधाल किसी अन्य में "कोशिका परान्देशन" द्वारा सहायता विनति आशिका/सकल होतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्थताल किसी अन्य गैंह सामार्थ में स्वायता के लेंगे अन्य सन्तवधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्वित रखका है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्थताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेचा/लेगी।
- 2. "कोशिका पराज्ञेशन" से ली गई सक्षाया। बोयल वितित्र प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपयारप्रिकाम का बुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीन का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण जहीं है। इसलियें इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने को को प्रकृति के वस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका वा किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

की होगी और "कोशिका" की क	र्द भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR	ACCEPTENCE STORY OF THE STORY O				
Date of Surgery ऑपरेशन की वरीख ३२/०५/२-उ	DR. SIMRAT CHANDI MBBS, MS DMC - 48540	संस्तुति				
	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अध्ये की नाम व हस्तावार व रवि, न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	on behalf of Modellifally नाम व पर हरपासन आधिकृत अधिकारी UNDATION आन्तरिक उपयोग हेतृ				
SIGI	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताकर 2				
8	xfungel	2:18				