Man-c-24-05-1696

STREET HERE!  NAME OF APPLICANT:  STREET AGE-YEARS आप- वर्ष SEX लिंग  AGE-YEARS MU- AGE SEX लिंग  AGE SE	APPL		RM FOR ASSISTAI १ आवेदन प्रारूप	NCE (Healti (स्वास्थय		Koshika foundation	
RAME of APPLICANT:    AGE: YEARS 3074   SEX 1869	APPLICATION No.:	MIOSZ	10150	APPLICATION DATE	5114	Building black of life.	
PARTIES SPANNE  PRESENT RESIDENCE ADDRESS VIDEO STRUCK  TOTAL ANNUAL INCOME:  OCCUPATION:  OCCUP	NAME of APPLICANT :		1 1 2 1 3				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SERVICE STAND SECTIONS AND S	आवेदक का नाम	Kin	en Dhali	69	m		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: RUE SIGNED (Pull)  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: RUE SIGNED (Pull)  COCUPATION:  (Allach Proof of Income)  (Allach Rever)  (Allach Proof of Income)  (Allach Rever)  (Allach Proof of Income)  (Allach Rever)  (Allach Rever)  (Allach Rever)  (Allach Rever)  (Allach Rever)  (Allach Rever)  (Allach Card Copy)  (Allach Card Rever)  (Allach Card Copy)  (Allach Card Rever)  (Allach Ca	FATHER'S/SPOUSE'S । पिता/कटुम्प का नाम	NAME:	n Mali	,			
PERMANENT RESIDENCE ADORESS: धार्मी अववार्यिय पृक्ष  STALL CLL CADVIL  DOCCUPATION:  STALL CLL CADVIL  DOCCUPATION:  STALL CLL CADVIL  DOCCUPATION:  STALL CLL CADVIL  STALL CLL CADVIL  STALL INCOME:  (ATLACA Proof of Income)  (ATLACA THE	Rampur	(90)ant	mesent residence at	OCUSH UChe	rule	PHOT	
OCCUPATION :		ohammadi	· Utto Pare			Pres Post	
प्रशासक प्रमाण प्रशासक प्रशास			Same	as above			
TOTAL ANNUAL INCOME:	OCCUPATION:	1	abour		त) / UNMARRIED (अविवाहित)		
PASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  प्राप्त प्रोप्त प्राप्त प्रोप्त प्राप्त प्र	TOTAL ANNUAL INCOM जुल वार्षिक आप	2			(Attach Proof of (आय का साक्ष्य	Income) संलम्)	
स्था आप आप कर दाता है (ओ सान्य हो उस पर सही का निवास लगाय)  FAMILY DETAILS परिवास विवयण  Ser. No.	PAN No. THE THE THE	970		lei: Yes / N	lo		
Sr. No.  Sr	क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उस	र पर सही का निशान लगाये।	हां / व	ाती		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) स्वारण के लिये विनाति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) परिवो रेखा के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाव्य प्रति संलग्य करे। (प्रमाण पत्र को छाव्य प्रति संलग्य करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छाव्य प्रति संलग्य करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  "Hहायवा हैते किये पति विनाती का उद्देश्य:  "BesialProof अन्य कोई साध्य  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  "Hहायवा हैते किये पति विनाती का उद्देश्य:  "Medical Reports/Prescriptions Attached  अस्मसाल/जीक्ट के जार्थ को यो पति प्रतिकेट मुन्नी संलग्य  "PURPOSE" from OTHER SOURCES  प्रस्त उद्देश्य के हेत् कोई अप्य सहाम्मा किसी अन्य स्थोर से विचया गया हो?  Sr. No.  Sr. No.  Sr. No.  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  Sr. No.  Sr.		Nar	ne of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहारवता के रिप्ते विश्वतीत आधार  BPL Card (Attach Card Copy) परिवार रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संस्थन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहारवता हेते किये गये विश्वती का तर्दरेगः  Sr. No. अस संख्या  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES प्रसार प्रति प्रमाण पत्र है?  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES प्रसार प्रदेश के हैते कोई अग्य सहारक्षत किसी अग्य रखेत से प्रया पत्र हो?  Sr. No. Sr. No. NAME of OTHER SOURCE Sr. No. Sr. No. Sr. No. Sr. No. NAME of OTHER SOURCE Sr. No.	अस्य संख्या		वार के सरस्यों का नाम				
BPL Card (Attach Card Copy) परिवर्ग (Attach Card Copy) परिवर्ग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन विश्व करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया		- Xal	The same				
BPL Card (Attach Card Copy) परिवर्ग (Attach Card Copy) परिवर्ग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संस्थन करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No. क्रम संख्या  अभ्यातात्र होत्य होतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Medical ReportsiPrescriptions Attached अस्यातात्र होत्यः होतु को गई प्रति संस्थन  अस्यात्र होतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No. क्रम संख्या  Assistance Being Availed for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाम्रण किसी अन्य स्थीत से निया गया हो?  Sr. No.  Assistance Being Availed for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाम्रण किसी अन्य स्थीत से निया गया हो?  Sr. No. क्रम संख्या  Assistance Being Availed for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाम्रण किसी अन्य स्थीत से निया गया हो?  Sr. No.  असम संख्या  AMOUNT of Assistance Being Availed  सी गई सहायता रासी							
BPL Card (Attach Card Copy) परिवर्ग (Attach Card Copy) परिवर्ग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन विश्व करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया		-		_			
BPL Card (Attach Card Copy) परिवर्ग (Attach Card Copy) परिवर्ग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन विश्व करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया							
BPL Card (Attach Card Copy) परिवर्ग (Attach Card Copy) परिवर्ग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन विश्व करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया							
BPL Card (Attach Card Copy) परिवर्ग (Attach Card Copy) परिवर्ग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करे। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन विश्व करें। (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्थन करें। (प्रमाण पत्र को छाया							
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्पन करें।  (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्पन करें।  अन्य को छाया प्रति संस्पन करें।  (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्पन करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत्र किये गरे विनाती का उद्देश्य:  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/कॉक्टर में आगे की गई प्रतिबंदन सूची संस्पन  अस्पतास/कॉक्टर में आगे की गई प्रतिबंदन सूची संस्पन  (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संस्पन करें।  अन्य कोई सास्य  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहाम्रण किसी अन्य स्त्रीत से तिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE क्रम संस्था  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहाम्रण राशी			BASIS for REQUEST सहायता के लि	ING ASSISTANCE (Tick whic ये विनति आधार	hever is applicable)		
अस्पताल हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  क्रम संख्या	(Attach Card Copy) (Atta गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस		(Attach Certificate अस्य अस्य वर्ग प्रमाप	Copy) U	(ttach Copy) पर्भोक्ता कार्ड	Basis/Proof	
अस्पतालाहोंकर के जारी की गई प्रतिकेद सुची संलग्न    Diagnogis   Service Cortains     Diagnogis   Service Cortains     Diagnogis   Service Cortains     Serv			"PURPO	ISE" for REQUESTING ASSIS पता हेतु किये गये विनती का व	STANCE: ट्टेश्य:		
Haging 318    Senie Cortained     Sungeous   Senie Cortained     Sungeous   Senie Cortained     Sungeous   Senie Cortained				Medical Reports/Pres	2		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहामता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम  REPURPOSE" from OTHER SOURCES (अन्य स्त्रीत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	क्रम संख्या	Done	0.10	SACREMENT OF THE PROPERTY OF T			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाज़ला किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम  सी गई सहायला रासी		Old No	316				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाज़ता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संबंध का नाम ली गई सहायता रासी		- V		die denile carbaiect			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाज़ता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संबंध का नाम ली गई सहायता रासी							
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाम्रता किसी अन्य स्वात से लिया गया हा?  Sr. No.  Sr. No.  Sr. No.  अभ्य संदेश का नाम  अन्य स्वात का नाम  सी गई सहायता राशी	9						
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहाम्रता किसी अन्य स्वात से लिया गया हा?  Sr. No.  Sr. No.  Sr. No.  अभ्य संदेश का नाम  अन्य स्वात का नाम  सी गई सहायता राशी		1 0	0				
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी			ASSISTANCE BEING A	VAILED for SAME "PURPOS कोई अन्य सहाब्रता किसी अन्य	स्वात से लिया गया हो?		
Decs gove [r	U.E.W. 2000.		NAME of OTHE	अन्य स्त्रांत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता रामी	
	-		Dec		0	orup)r	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक क्रूस पोपना 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 & origing 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरम पामा जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गृहि "कोशिकः फाउन्डेशन", से ली जा छी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेया, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस स्वायत हेतु जर प्रार्थन की गई है, उस राशि का आरिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है औरान ही परिष्य में न्हीं।

## AGREEMENT by APPLICANT (जारेटक झरा 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/granfed, 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 इस्ताधर या अंगठे की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सक्षमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका काठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और तो विवरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा चाप, पता, फोटो और विकरण जो कि सक्तापता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासिकों का निर्णय ऑतम और बाल्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान



-u you

AGREEMENT by HOSPITAL (THERE DE FOR)

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 को और से पामलेरोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश विचित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हात घरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हात सहायता विवित आशिकारसकल हेतु मन्युर गती किया जाता है तो अस्पताल

क संरक्षित कर के सम्बद्ध में काशका पाठ-करने हुए घर हते के है। यह काशका पाठ-कराने हुए सहायता विनात आशाका-सकल हतु किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधन रखना है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उवन रोगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता कोवल बिविय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गर्व उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्तेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हरणताल 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
ऑपरेशन को तारीख

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
ज्ञास व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यासी हस्तावर 3

Confunga

न्यासी हस्ताश्चर 2