APPL	ICATION FORM FOR ASSIS सहायता हेतू आवेदन प्रारू		(Healthcar (स्वास्थय देखभ		Koshika foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M 0223 0157	आवेदन		02/23	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Chaheti	A	GE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S। पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Radhe Shyen	m			THE AME AND AME	
Janna	no. PRESENT RESIDEN	CE ADDRESS वर्तम	ान आवासीय पता सियम १८८१	,	ente and	
	U.P. 24240	J		,	geop Post op	
	PERMANENT RESIDEN					
OCCUPATION :	(ame)	as ab	7,4	/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / /		
TOTAL ANNUAL INCOM	Home Maker	Can. 110	7	(Attach Proof of I	r) / UNMARRIED (अविवाहित) ncome)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता सं	36,000 - (family)	(आय का साक्ष्य	र्भलग्न)	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is app है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान व	olicable): लगाये।	Yes / No हां / नही			
			ETAILS परिवार विव			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
1						
				,		
	BASIS for REO	HESTING ASSISTAN	ICE (Tick whichever	is applicable)		
	सहायता	के लिये विनति आधार	(110.11			
BPL Card EWS Cert (Attach Card Copy) (Attach Certifi गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ष (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया		icate Copy) प्रमाण पत्र	Ration Card (Attach Copy) उपभोकता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
	"рі		ESTING ASSISTANC ये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न					
-	Dognosis- Kt Sinite Cotaraet					
	LE		nele	(9,747		
	Surgery L	E - (1)	CC Wit	h 101		
	34400					
	ASSISTANCE BEI इस उद्देश्य व	NG AVAILED for SA हे हेत कोई अन्य सहा	ME "PURPOSE" from पता किसी अन्य स्त्रोत	न OTHER SOURC से लिया गया हो?	ES	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम				of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
	1/15/5	1/15/5) 3000 (

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 reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोवणा 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 घरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य म्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय 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 हस्ताक्षर 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 जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मै (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत 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 मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि 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। गेगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल
- के बीच का बिषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के लिए स			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीच	(Name of Dr. & Rean. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.	Manager-Aministration Dr Shame Carity Eve (Name, Designation & Stange of Authorised Signatory Monage hebbalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	DATION आन्तरिक उपयोग हेतू		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
E	Sufungel	lile.		