APP	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T	DRM FOR ASSISTANC तू आवेदन प्रारूप	E	(Health (स्वास्थय रे			Koshika	
APPLICATION No. : आनेदन संख्या :	M/0625	0191	APPLICATION DATE:				Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Tota	Ram	AGE-YEARS ST		-वर्ष SEX लिंग			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME:	Lalli		3,				
140417	ya , 19	PRESENT RESIDENCE ADDR	हड्ड बर्न शिय	मान आयासीय पता			ADD 10 PA	
	Uttay	PROJEST	ESS: FO		72		Buop post op	
OCCUPATION :			434		40	ppicn /famile	ন) / UNMARRIED (নবিবারিন)	
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO कुत पार्षिक आप	ME: 4	nous /			(A	ttach Proof of जाय का साक्ष्य	Income)	
PAN No. स्थाई स्वाता र ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / नहं				
Sr. No.	l Ne	me of Family Member		DETAILS परिवार	विवरण Gender		Relation with Applicant	
क्रम संख्या	पी	परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
		1.0						
		NI V						
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA	NCE (Tick whiche	ever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र (ग्रमाण पत्र को खाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग	y)	Ration Carr (Attach Cop उपभोक्ता का (ग्रमाण पत्र की छाया प्रति		प्रमुप) सार्द	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				JESTING ASSIST ।ये विनती का उर्दे				
Sr. No. क्रम संख्या	2000	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/बॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
	oragin	organist ye seril catagor						
Tets		prije			10			
7.0	-	ery yo	200	3)Ţ	th 1	mma lem Com	
1.00		10/45				V 15 199		
× .		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सह	ME "PURPOSE" विता किसी अन्य स	from C त्रोत से	लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संस्था	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम			45,000,000			of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
		1380			V	مور	r	
							Value of the second	

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.
- 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 δ 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 है कि इस प्रकृप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। परि कोई विवरण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी सहायता विस्ता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, तस गांश का आंशिक या सकत हिस्स किसी अन्य स्रोठ/निश्चेतक/बीमा कम्पनी से त तो लिया है और न ही पविष्य में तूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आर्थेट्ड द्वार 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 या अपने इस्ताक्षर या अंगठे की क्राय लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कॉशिका काउंडेशन और उसके व्यासीओं " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, परेशे और जो विवरण इस प्रयत्न में पांचित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यामी, एन, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपमान्त्रियों के लिये किसी भी प्रथल का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेंसन" व त्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विधरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राणित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाष्ट्रकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अस्टेरक के शास्त्रधर पा अंगूडे का निवस्त

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 advisod/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, इस्ताबरी की ओर से मामले येगी को "कोशिका फाउन्देशन" से बितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) तिम्न प्रकार से मान्य व स्थीका करते हैं।

 1) यह कि न तो प्रतंसन और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वता से उक्त येगी/मामले में लेंगे या ले तो है, कैसे कि इसने "कोशिका फाउन्देशन"
 से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हाता सहस्थता विनति आशिक/सकत हेंदु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
 किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा खता है कि आस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंतु किसी
 कैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा-लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहावता केवल बितिय प्रकृति को है। रोगी या हस्यताल द्वारा दों गई समाह या किये गये उपचार/प्रीक्रिया को चुंनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अने कोने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल को होगी और "कोशिका" की कोई चुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑसरेशन की तारीख Or. Utsev Deep M.B.E.S.M.S. NUDIN C. RED. NO. 30746 Deopak Tripathi
Administrator
(NamDre-Schroft s-Ghadiy-Signatory
Hospital-Sanagaya
Mohawmadi-Signatory

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हम्ताम 2

Sufungel

lite