4		Mem-	C-24-96-1	no-7.5			
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप					Koshika		
PPLICATION No.: M 0624 6190			APPLICATION DATE Building block of life				
AME of APPLICANT विदक्त का नाम		uman Singh	AGE-YEARS SI		9		
THER'S/SPOUSE'S शिकटुम्स् का नाम	NAME: P.91	emorai		- Y	HUMANSI NUH WAS AHUMANS		
Laram	@cui	PRESENT RESIDENCE ADDR	EBS वर्तमान आवासीय पर	19119ng	MC24-4-0015 HOW POPICES OF A		
Shahiahan	Oux	Uttar Pagel	sh- du	100	ence Past		
J. Sir Jacian		RMANENT RESIDENCE ADDR		2001			
		Some a	s above				
CCUPATION :				as a whole from the l	consumment (withouther)		
TAL ANNUAL INCOME.			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income)				
त वार्षिक आव	C	21000		(आय का साक्ष्य संल			
N No. स्याई खाता सं	the second secon	Tick whichever is applicable):	Yes / N				
ा आप आय कर दाड	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	हां / न	ही			
P. N.	1 10	me of Family Member	FAMILY DETAILS URan	र विवरण Gender	Relation with Applicant		
Sr. No. क्रम संख्या	स्व	क्षार के सदस्यों क्वा नाम	उप (वर्ष)	लिंग	आवेरक कि साथ सम्बध		
+	1	Swi- let	104	111	/80h		
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTANCE (Tick which	hever is applicable)			
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसम्त करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसम्त		उपयोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य			
			for REQUESTING ASSIS रेतु किये गये विनती का उद				
Sr. No. क्रम संख्या	1 / - 1 2		Medical Reports/Prescriptions Attached प्रस्पताल/डॉक्टर से जाग्री)की गई प्रतिबंदन मुची संलग्न				
	199	199n0818		Kle- Senile Catanuct			
	0		1.:	Soute	Codaruct		
			718	- Senile	Coctativiti		
_	0			2.0	1		
2	eva	ryery 118	alics c	orth pm	ma Jens Cony		
	1 0 1				V /		
		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for SAME "PURPOSE	from OTHER SOURCES	7.		
Sr. No.		इस उद्देश्य को हेतू कार्ड NAME of OTHER SO	अन्य सहायता किसी अन्य UPCF	AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED		
SF. 190.		HAME OF UTHER SU	WINE .	Participation of			

ली गई सहायता राशी

Sr. No.

क्रम संख्या

अन्य स्वोत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा भीपणा 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 & 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 & 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 घोषण करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपकोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यया, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि कात हूँ कि जिस सहायत हेतू यह प्रार्थना की गई है, उस शशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्परी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवदक क्या 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताधर या अंगटे की क्राप लगाकर, मैं (आनंदक) अपनी महमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और तां विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गठिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑफहत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आचेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, चता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यानियों का निर्णय अतिथ और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक को हस्ताका या अंगर्त का निवान

Propo

AGREEMENT by HOSPITAL (श्लावात 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:

- 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.
 The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the
- 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 और से मामलेतोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हंदु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उनता रोगी/मामले में लेंगे था ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"

 से सिफारिश/विचिठ उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मदद हेदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विचित ऑशिक/सकल हेतु मन्दूर नहीं किया आठ है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस यूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्तेशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। येगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह था किये गये अपवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इस्प्रेंलये इस्पताल में ग्रेंगों के इलाज सुरक्षा और अले जाने की सारी किम्मेदारी रोगों एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुग्तिका या किम्मेदारी इस स्वापले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपरेशन को तारीख Dr MAZHAR N. KHAN M. B. S. Ar S. FICO (Name विद्वाति के तिर्मा के तिर्मा के तिरम् के तारीख प्रिक्त के तारीख प्रिक्त के तारीख (Name विद्वाति के तारी क