APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)				Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	10625/0203	APPLICATION आवेदन तिथी	466/25	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : PLLLING			G S P	No.	
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिटा/कटुम्म का नाम	HE: Taule				
	PRESENT RESIDENCE	ADDRESS वर्तमान आवा		WINTER MINISTER	
Mode	Samonan	0	(Kheni		
	PERMANENT RESIDENCE	ADDRESS : स्था आवार		Buop post op	
	same as	apout			
OCCUPATION :	farmet		MARRIED (বিষ্যান্তিন) / UNMARRIED (অবিষ্যান্তিন)	
TOTAL ANNUAL INCOME:			(Attach Proof of Income)		
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाटा संख्या	401000		(आय का र	त्राध्य संलग्न)	
ARE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (Tick whichever is applica (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगा	sble): थे।	Yes / No डां/ नडी		
		FAMILY DETAILS	The same of the sa		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Yea उग्र (शर्प	s) Gender) सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
1-	AHIMA				
-	Atul Ruman	0,5	M	SON	
	BASIS for REQUE	STING ASSISTANCE (Tid	k whichever is applicab	(a)	
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति		e Copy) पाण पत्र	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड ण पत्र को छाया प्रति संलग्न	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		POSE" for REQUESTING हायता हेतु किये गये विनती		1	
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या 🖒 १० अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची ह्रांलून					
	भिर्मा का गई प्रातवदन सुवा क्ष्मान भिर्मा के सम्बाग का गई प्रातवदन सुवा क्ष्मान				
		V ⁶	UE SER	il constact	
1416			.0. 0	Mar and	
### AT	Mindred wife	3201 6	WIFE PI	WILL TON COUNTY	
Nint 4		- ANTA	GP INTELLEGED	W 9/1	
	ASSISTANCE BEING	AVAILED for SAME "PU	RPOSE" from OTHER S	OURCES	
Sr. No.	इस उद्देश्य की हे NAME of OTH		र्गी अन्य स्वोत से लिया गय AMG	OUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	अन्य स्वीतः का नाम			ली गई सहायता राशी	
	130	1.7	2000	/	

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.
- 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 घोषणा करता है कि इस प्रकृप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य जाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो लहायक गांश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का सही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति से लिये किया जांगेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंत्रिक या सकल हिस्सा किसी अन्य घोतः/नियोधक/बीमा कम्पनी से न के लिया है और न हो परियम 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 प्रस्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमित की पुष्टि फरता हैं एवं "क्रोशिका पाउंडेशन और उसके जानीशों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, प्रोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में प्रोचित है, उसे "क्रोशिका" एवम् न्यामी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रधार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। भी प्रपत्र का विकरण मेरे इसाज के एहले या बाद में करने के लिए "क्रोशिका काउडेशन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवास जो कि सहामता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का इक्षदा नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION अस्पेरक के शर्राडशर या अंगूडे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFIRE DE WOL)

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

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 अधिबाद, इस्तामती की ओर से मामले रोगों को "कोशिका फाइन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिकारिश की बती है, जिसे हम (हस्पतात) तिन प्रकार से बान व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भीवाय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/पामाने में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका काइन्डेशन"
से सिफडीरश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाइन्डेशन" द्वारा सरद हेतु कि है। यदि "कोशिका काइन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशाका/सकल हेतु सन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या किसी अन्य सन्ताभन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वयंत्र कहा जाता है कि अस्पताल हितीन पदद उक्त रोगी/पामाने हेतु किसी तैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वयं से महो लेगा। लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वयंत्र कहा जाता है कि अस्पताल हितीन पदद उक्त रोगी/पामाने हेतु किसी तैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से महो लेगा। लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वयंत्र कहा जाता है कि अस्पताल हितीन पदद उक्त रोगी/पामाने हेतु किसी तैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से महो लेगा। लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वयंत्र कहा जाता है कि अस्पताल हितीन पदद उक्त रोगी/पामाने हेतु किसी तैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से महो लेगा। लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वयंत्र कहा जाता है कि अस्पताल हितीन पदद उक्त रोगी/पामाने हैं किसी तैर सरकार या साधन से सहायता तो स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र संस्थित स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र से स्वयंत्र स्वयंत्र से स्वयंत्र

2. "कोरिंगका काउन्टेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति को है। ग्रेगी पर हस्पतल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया कर युन्तव सेंगी एवं हस्पताल के बीध का विषय है और "कोरिंगका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकव नहीं है। इसलिये हस्पताल में ग्रेगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाते की मारी जिप्पेयारी ग्रेगी एवं हल्यताल की होगी और "कोरिंगका" को कोई भूमिका या जिस्मेयारी इस मामले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की वारीक

Dr. Utsay, Deep M.B.B S.M.S UPM, C. P. S. M.S. 19746 Nan Droshandi Assania Non-FXA Signatory
Hospitali inahedabi
Mobalanja ulahi isida

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताकृत ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी सरवांशर 2

Suferry