MOM- C-25-07-0836

APPL	Koshika foundation						
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :				1/25	Building black of life:		
NAME of APPLICANT: STICK 新 明 Motorby				GE-YEARS SITE	-वर्षे SEX लिंग		
पता/कटुम्म का नाम / A Pom99	talnahi sh shahia	RESENT RESIDENCE ADDR	ess वर्तम् भूवार	न आवासीय पता चित्री Ut न	Δ <i>7</i> 2	THE PART OF THE PA	
Kradisk	Power post op						
	Sam						
OCCUPATION:	a. Make	30			MARRIED (विवास	हेत) / UNMARRIED (अविवाहित)	
व्यवसाय Home Maker FOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 35,0001					(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME स्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (Tic	whichever is applicable): र सही का निशान लगाये।	1	Yes / No हां / नहीं		- 17	
150-150		The second secon	-	ETAILS परिवार	विवरण Gender	Relation with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	Name परिवार	Name of Family Member Age (Ye परिवार को सदस्यों का नाम उम्र (३		प्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
D	O Mond Ali		30		H	Sen	
V		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये नि	ASSISTAN	ICE (Tick which	ever is applicable)		
2000		The second second	न्नात आधार			113,000,000,000	
(Attach Card Copy) (Attach श्री रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अरूप व		EWS Certificate (Attach Certificate Cop अल्प आय वर्ग प्रमाण प (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संत	Copy) (Atte		dion Card lach Copy) भोकता कार्ड । छाया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		"PURPOSE" सहायवा	for REQU हेतु किये ग	ESTING ASSIST ये विनती का उद्दे	ANCE: एयः		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/खॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
0	Dignosis 1/6 souls contart						
	RIC Serile Catallet						
	Surgery						
T POIL	1 1/8, SICS Prima JJOL Ca					immp.	
		ASSISTANCE BEING AVAI	ED for SA अन्य सहा	ME "PURPOSE" यता किसी अन्य	from OTHER SOUR	RCES ?	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता राशी		
	0000					*	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पा:

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) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राहि "कोशिका कार-चौशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी वदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत:नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चित्रण में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अशोदक द्वारा करत)

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.

 (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 प्रपत पर अपने करताक्षर या अंगठ की आप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यालीयों " को अधिकृत करता हूँ कि भेर नाम, पता, फोटो और ओ विवरण इस प्रपत में चोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित हैं मुझे स्कत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में

"कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑवम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्साक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPRING GRI WAR)

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 अधिवृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/गोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (४स्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मथिका में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उबत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्यता विनित आंशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐगी/मामले हेतु किसी गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/शेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगों पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये ठपवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अरने जाने की सारी जिल्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की दोगी और "कोशिका" की कोई प्राप्ता का विस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए				
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख़ 09-01-25	(Name of Dr. AREA MANUEL Stamp) SINCE IN THE PROPERTY STATES	Despak Tripathi Administrator (Nath: DShroths Charity 程序的 Signatory Hospital Shrides A Morrammadi (haifini)			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	UNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्			
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2			