MOM- (- 23-06- 1310

API			FOR ASSISTAN विदन प्रारूप	NCE	(Healtho (स्वास्थय दे				. ]	Kos	hika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M	0623	0241	APF Strik	PLICATION DATE :	12	06	2012	-	Building b	The same of the sa	-
NAME of APPLICAN	AGE-YEARS STO	-वर्ष	SEX Rein		- 2			17				
FATHER'S/SPOUSE'S			Kum		0 -							1
Shahyaha	110	OL O DUX	PYO OLL L	24 2	२०८ वर्षः आवासीय पता	ak	<b>19</b> 1	al pro	THE PERSON NAMED IN	9 (4.3)	Post of	13% (Sin
OCCUPATION:	-1	winer		120		MA	RRIEI	) (विवाहित	() / UNMARI	RIED (SIR	वाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO मूल वार्षिक आप	OME :	3500	0/-			(A	ttach F	Proof of i । सास्य र	ncome)			
PAN No. स्थाई खाला । ARE YOU AN INCOM क्या आप आप कर दाश	E TAX AS	SESSEE (Tick w	hichever is applicable	e):	Yes / No शं/ नशी	8						
				FAMIL	P DETAILS VITAIR	विवरण	G					
Sr. No. क्रम संख्या		Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			8
	#			#				=				
	Ε			$\pm$								
	$\pm$			$\pm$						=		
	#			=								
			BASIS for REQUESTI सहायता को लिये	NG ASSIST	ANCE (Tick whiche	ver is	applic	able)				
BPL Card (Attach Card Copy)  गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संतग्न करे।  (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संतग्न करे।				opy)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य			
			"PURPOS	SE" for REC	PUESTING ASSISTA गर्वे विनती का उद्देश	NCE:						
Sr. No. क्रम मंख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/क्रॉक्टर से जारी की गई प्रतिषेदन सूची संलग्न										
0												
	+	-0	Ce	- 5	Phile	Ca	tw	ou				
							_					
2-	5	wyou	· RE	SICC	+ 1014	5_	PM	MA	lon	3 C	ump.	
		0 )										
		ASS	SISTANCE BEING AV	AILED for S होई अन्य सा	AME "PURPOSE" ! प्रापता किसी अन्य स्थ	rom O iत से	THER लिया ग	SOURCE ापा डो?	S			
Sr. No. क्रम संस्था	Sr. No. NAME of OTHER SOURCE						A	MOUNT o	ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहापता गरी			
(f)	+	10 10	sce					21	900 1			
	1	-										

## 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 & engoing 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.
- 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/employeransurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस ब्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उत्त्योग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस तरित का आंत्रिक मा सकत हिस्सा किसी अन्य फ्रोफनियोनक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक 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 प्रपत्न पर अपने इस्तासर या अंगर्ट की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमर्टि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, मानवान्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पडले 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 विवरण जो कि सहायता के उन्देशनों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑवम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अवेदक के इस्ताक्षर चा अंगूडे का निशान

वार्ष अश

## AGREEMENT by HOSPITAL ( EFFIRITE SITE WATE)

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.
- 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, हस्तक्षणी को ओर से मामले/योगों को "कोशिका फाउन्डोशन" से वितिय सहायात हेतु लिफारिश की बाती है, बिसे हम (हस्तात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

  1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पविष्य में वितिय सहायता किसी में सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डोशन" से सिक्कारिश/विनित उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अधिकारसकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अम्मताल किसी अन्य के सम्बंध या किसी अन्य सम्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित ख्वता है। इस पृष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्यताल दिलीय मदर उक्त रोगी/पामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "क्वोरिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की भारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस गागले में नहीं होगी।

		D FOR ACCEPTENCE लिए संस्तुति					
Date of Surgery ऑपरेलन की तारीख 12 06 23	Dr MAZHAR NO KHAN W.B.B. S.M.S. FICO U.P. M(Name of the graph of the stamp) State of the state of the stamp)	(Name Dealerstine & Stamp of Authorised Signatory or Natial) of Hospital)					
1	FOR INTERNAL USE of KOSHIK	(A FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्					
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तासर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2					
(	Safangel	lit					