APPLICATIO				AM 1
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)		Koshika
PPLICATION No. : ।	0624 0255 AP	PLICATION DATE OG / LA	1	Building block of life.
AME of APPLICANT : विदक्त का नाम ATHER'S/SPOUSE'S NAME :	Sanada Devi	AGE-YEARS MIT-UT S	EX frin	
Lahansiya,	PUPI WA CARLES TO STATE OF THE	वर्तमान कावासीय प्रता (राज्यापान , र	heou Proc	Polyt
- SADATINE COL	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:	स्थाई आवासीय पता		
	Same as a	hove		
CCUPATION:	Homemaker		ED (विवाहित) / UNMAF	RRIED (अविवाहित)
OTAL ANNUAL INCOME : हुत वार्षिक आय	gloop family	(Attack	Proof of Income) का साक्ष्य संलग्न)	
AN No. स्थाई शांता संख्या REYOU AN INCOME TAX ASSE श आप आय कर दाता है (जो मान	SSEE (Tick whichever is applicable): य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नहीं		
Sr. No.	Name of Family Member	LY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gen	der R	elation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम रिशेष ठीरेशन	ਰਸ਼ (ਕਥੇ) ਜਿ	71	आवेरक के साथ सम्बध
	BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	TANCE (Tick whichever is app	licable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संसन्त व	त्रे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतान करे।	Ration Card tAttach Copy) उपभोक्ता कार्ट (प्रशाण पत्र की छत्य प्रति संसाम करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
	"PURPOSE" for RE सहायता हेतु किर	QUESTING ASSISTANCE: गर्म विनती का उद्देश्य:		
क्रम संख्या 🔾 अस्पता		dical Reports/Prescriptions Attached ल/डॉक्स से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1 0	ggnosis	Als C	0 1	atabact
9 8	119100 PIE 6	sice with	Omma.	Sens com
2 0	wassy KIE	1917		0 -10, -4119
	ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE" from OTH	ER SOURCES	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	सहापता किसी अन्य स्त्रीत से लिय	AMOUNT of ASSISTA	NCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	अन्य स्त्रीत का नाम		Don	

DECLARATION by APPLICANT: आवंदम द्वारा भोगना पत्र:

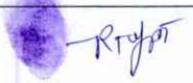
- i hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवरण भेरी कलकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय प्रधा जाता है तो मेरी सहायश निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहापता हेतू यह प्रार्थना को गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिलप्प 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 sofely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रदा पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आनंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में पोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, फत, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उट्टेंक्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्यावियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेरक के इस्ताधर या अंगूते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPRING SIL WITH)

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 अधिकृत, हस्ताक्षणे की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ले वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्लोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मंदर हेतू कि है। पिर "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतू मन्तुर नहीं किस्य जाता है तो अस्पताल किसी अन्य ने संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लेगी।
- 2 "कौरिका फाउन्डेशन" में ती गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वाश दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई द्वाव नहीं है। इस्रतिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिकर या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति				
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Or MAZHAR N. KHAN 1. B. B. S. M. S. F. C. G.\ U.P. M. C. F. G. M. No. with Stamp) डक्टर का नाम व श्रीकाश व र्राव. न.	Profise Charity Even (Name, Designation Stamp of Authorised Signator Mohamon babalt of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
(Sufungel	liet		