APPLICATION FORM FOR ASSISTANC सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			NCE	(Healthca (स्वास्थय देश		Koshika
PPLICATION No. :	M10629	0260	APPLE	CATION DATE:	20-	Building block of life.
AME of APPLICANT :	7	Α		GE-YEARS SIE-		A 3
ATHER S/SPOUSE'S	The state of the s	1 1 -10.		- 55		
Binsu	of Out	PRESENT RESIDENCE A				TAREENAL AND THE PARTY OF
Vinali	CI-H	wi Pages		ngh pwi.		ner 168
		MANENT RESIDENCE A		And the second s		
		Some a	s abov	e		
CCUPATION :	H	ome mekegr			MARRIED (FRIER	त) / UNMARRIED (अविवाहित)
OTAL ANNUAL INCOI तुल वार्षिक आप	ME:	5000 km	ila		(Attach Proof of (आय का साध्य	
AN No. स्थाई खाता सं RE YOU AN INCOME	ख्या TAX ASSESSEE (T)	ck whichever is applicab	iej	Yes / No		
ध आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उस	पर सही का निशान लगाये		हाँ / नहीं ETAILS परिवार वि	खरण	
Sr. No. क्रम संख्या		Name of Family Member परिवार के सुदुर्खों का नाम		Age (Years) Gender उम्र (वर्ष) लिंग		Relation with Applicant आवेद्द्र) के साथ सम्बंध
×- 10-1	kam zivolden			2.1	m	Sen
		BASIS for REQUES सहायता के रि	ring Assistan त्ये विनति आधार	ICE (Tick whiches	ver is applicable)	
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) प्रशेषी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र जल्प आय वर्ग प्रमाण (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलम्भ करे।		Copy) ण पंच	व उपमोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साहय	
		"PURPO	DSE for REQU	ESTING ASSISTA ये विनती का उद्देश	NCE:	1
Sr. No.	T		Medical	Reports/Prescri	ptions Attached	
क्रम संख्या	Diegrosis		अस्पताल/शाः	अस्पताल/ग्रॉक्टर में जारों को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न K/E- Cenile Curcuia		
	100	/		Columbia.	0 1	
				118-	den e	Carlonact
	0	0	1.00		171605	tens camp
<u> </u>	@\$U.519e	My KIE	dics	with	7 mma	Lens Carry
	0	V				
		ASSISTANCE BEING	AVAILED for SA	ME "PURPOSE"	rom OTHER SOUR	CES
Sr. No.		NAME of OTHE	R SOURCE	पता किसा अन्य स	तेत से लिया गया हो? AMOUN	of ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या		अन्य स्थीत का न				ली गई सहायता राशी
	DECS					2000 -

DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा पोपणा 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) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विकाल एवं कथन असारा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता गरिंग "कोशिका फाउल्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहापता हेतू पह प्रार्थन को गई है, उस शीश का आँशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य 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 प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अन्तो सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विकाश इस प्रपम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नामी, दान, याचना/या दूसरे उट्टेश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपम का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काठडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हैं कि मेरा जाम, फात, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

RIOFPT

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

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, 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.

हम्मर्थ अधिकृत, इस्ताक्षरी की और से मामकेरोगी को "कॉशिका काठ-देशन" से विविध सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हारा घदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हुए सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तरभन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल विटिय प्रकृति की है। रोगों पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगों एवं इस्पताल के बीध का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज मुख्का और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगों एवं इस्पताल की होगों और "कोशिका" की कोई युगिका वा जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगों।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Dr MAZHAR N. KHAN ऑपरेशन को तारीख M.B.B.S.M.S.FICO (Name, Designation & Street at Authorised Signatory 136614 U PANE GOFFEEDING. 788 Billing) Michamon behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम के हम्ताकार व रवि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक तपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2