		MOM - (24106	- 1209			. .	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANO सहायता हेत् आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika foundation	
PPLICATION No. :	M10624	10264	APPLI STREET	fail 13 0	124		Building block of life.	
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:				49				
माज्यद्रम्म का नाम स्थितिक फिल्	1.	PRESENT RESIDENCE ADD	RESS TH	गन आवसीय पत्	Che 910		GYANDE MONCEY	
Maryalgani	khesu n	ohammali utilas	2910	desh- 9	6 505	$\equiv 6$	nes lost	
10	PE	RMANENT RESIDENCE ADD		इ आधासाय पता				
CCUPATION :		lomemeker			MARRIE	D (विश्वतित) /	UNMARRIED (অধিবারিন)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 29000 family				(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संस्मन)				
AN No. 관리를 ভালা 된	ख्या	ick whichever is applicable)		Yes / No				
या आप आय कर राता	है (जो मान्य हो उस	पर सही का निशान लगाये।		हां / नर	ft			
Sr. No.	T Nar	ne of Family Member		DETAILS परिवार ge (Years)	विदर्ण Gend	er	Relation with Applicant	
क्रम संख्या		शर के सदस्यों का नाम		उस (वर्ष)	सिंग		आवेदक के साथ सम्बध	
	-							
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	G ASSISTA विनति आधा	NCE (Tick which	ever is appli	cable)		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलान करें।		11	Ration Certs (Asseth Copy) उपमोचना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसन्त करें।			Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
				ESTING ASSIST ये विनती का दर्				
Sr. No.	Page 1			Reports/Preso				
क्रम संख्या	भिते १ फर्काइ सिंह- डिल्मोंट (अन्यतालाग्रीकटर से जारी को गाँ प्रतिबंदन सूची संलग्न				(su-table C+			
	100	0		118- Senile Cataryot				
	24			-				
2.	Swa	eon Lie	2118	cor	 	0mm9	Lens camp	
	\perp ()	0						
		ASSISTANCE BEING AVA	ILED for SA	ME "PURPOSE"	from OTHE	R SOURCES		
	700 (127 p				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई संक्षायता राजी			
Sr. No.						ਜੰ	गई सहायता राशी	
Sr. No. क्रम संख्या		अन्य स्थात का क्रिक्ट					गई सहायता यशो	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा 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.
- 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 प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। परि कोई विवरण एवं कथन असाथ पाप जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- भेरे द्वारा जो सहायक तांश "कोशिका फाउन्टेशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया कांगेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पृष्टि करता हैं कि निम्न सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिक्प में लुँगा।

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 प्रयत्न पर अपने हस्ताधार या अंगठे की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका काउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येरा नाम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवन् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यंप से प्रसारित करने के लिए ऑधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा तम, फार, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एथम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

गैर सरकाएँ संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेरक के इस्ताशर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (४एवळल क्रूप करा)

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, हस्ताक्षरी को और से धामलेजोगी को "कोशिका फाउन्होंनन" से चितिय सहायता हेतु सिकारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तपान और न ही घरिष्य में चितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/पासले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन"

 से सिफारिश/विनति उक्त के सन्वध में "कोशिका फाउन्होंशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होंशन" हुए सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
- 2. "कोशिका फाउन्टेंगन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति को हैं। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका वा जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		ने ने लिए संस्तुति			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with St	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) आ भूम वे पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी			
	FOR INTERNAL USE of K	OSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू			
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताधर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तासर 2			
8	Safaryal	liet E			