PPLICATION NO.: M 0624 0278 APPLICATION DATE: 06 29 APPLICANT: Method devi Age-years आनु वर्ष इहर हिंग विद्या ना नाम अविद्या की नाम अवद्या की नाम अविद्या क	Mom _ (- 24 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप APPLICATION No.: M10624/0278				(Health	care)	Koshika foundation Building block of life.	
ME OF APPLICANT MEDICAL COLUMN AGENT AND SURFACE ADDRESS TRIVER SERVICE ADDRESS TRANS SORT OF THE NAME OF THE PROPERTY AND ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) to the Total Annual Income: Sort No. BASISTANCE BEING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) to the Total Annual Income: BY THE PROPERTY ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) to the Total Annual Income: BY TOTAL ANNUAL INCOME: Sort No. BASISTANCE BEING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) to the Total Annual Income: BY TOTAL ANNUAL INCOME: BY TOTAL ANNUAL INCOME: Sort No. BY TOTAL ANNUAL INCOME: BY TOTAL ANNUAL INCOME: Sort No. BY TOTAL ANNUAL INCOME: BY TOTAL ANNUAL INCOME: Sort No. BY TOTAL ANNUAL INCOME: BY TOTAL ANNUA				APPLIC	ATION DATE :	06/24		
THER SUSPOUSE'S NAME SOUND AM PRESENT RESIDENCE ADDRESS SETUP SUBJECT VIEW FILE OF STANDARD SALES SETUP SUBJECT VIEW FOR MARKET RESIDENCE ADDRESS: SETUP VIEW FOR MARKET VIEW FOR MARKET VIEW FOR MARKET VIEW FOR SUBJECT VIEW VIEW FOR SUBJECT VIEW VIEW FOR SUBJECT VIEW VIEW FOR SUBJECT VIEW VIEW FOR VIEW VIEW VIEW VIEW VIEW VIEW VIEW VIEW	ME of APPLICANT :		16.195)).		GE-YEARS 37	the same of the sa		1
Uttal Function - 2.6.2 र 2.6.2 र 2.6.2 Uttal Function - 2.6.2 र 2.6.2 र 2.6.2 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Text appreciate vitin Sci Dice CLS cuttal vitin and text of the same of the	THER S/SPOUSE S NA I/배갈파 배 제대	The state of the s					The second secon	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रच्या अवस्थान पण Sch Pre Cl. C. A. Delector Sch Pre Cl. C. A. Delector TAL ANNUAL INCOME: 20,000 (44 L-1 ly) N. No. रच्या वाल पंख्या REVOLAN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): FOULAN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): FOULANT INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicabl	fula	burning, So	usua . Kh	mi,	Saria	war	Par Pal	1
RATE ANNUAL INCOME: 20,000 (44 Lify) (Attach Proof of Income) (आप का सायथ संसाय) (अप आप का संख्या का संख्या E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (E YOU AM MCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (AUTHOR TAX ASSESSEE (TICK whichever is applicable		PERMANEN	T RESIDENCE ADDR	ESS: स्या	आवासीय पता			
READ ANNUAL INCOME: 20,000 (44 1-14) (Attach Proof of Income) (आप का सामय संसाय) (अप आप का प्रांत के अप अप आप का सम्माय संसाय) (अप आप कर पूर्णा है (ओ पान्य से उस पर कर्णा का निवास सम्माय) (अप आप कर पूर्णा है (ओ पान्य से उस पर कर्णा का निवास सम्माय) (अप आप कर पूर्णा है (ओ पान्य से उस पर कर्णा का निवास सम्माय) (अप आप कर पूर्णा है (ओ पान्य से उस पर कर्णा का निवास सम्माय) (अप अप कर पूर्णा है (ओ पान्य से उस पर कर्णा का निवास सम्माय) (अप अप कर पूर्णा है (ओ पान्य से उस पर कर्णा का निवास सम्माय) (अप अप अ							1	
(आप का साम्य संलाव) (आप का सम्या संलाव संलाव (आप का सम्या संलाव संलाव हि YOU AN NOOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) हि You shi NOOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) हि You shi NOOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) हि You shi NOOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) हि You shi NOOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) हि You shi NOOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) हि You shi NOOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) हि You shi No Sea	श्वस्तय					(Attach Proof o	of Income)	
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): के आग आप कर दला है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान नामाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण FAMILY DETAILS परिवार विकरण FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant असरेक के संगय सम्यय (असरेक के संगय समय के अस्य (असरेक के संगय के अस्य (असरेक के संगय समय के अस्य (असरेक के संगय सम्यय असरेक के संगय सम्यय (असरेक के संगय सम्यय असरेक के संगय समयेक सम्यय असरेक के संगय समयेक समय समयेक स	ुल वार्षिक आय	- 1	44 H (y)			(आय का साध-	प संसम्ब)	
Sr. No.	DE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (Tick which	never is applicable):					
St. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES Ethicater of the story will be fired in fired i	। आप आप कर दता ह				ETAILS परिवास	विवरण	Deletion with Applica	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहावता को दिन्दे विनाति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेका के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रिक स्थान प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रक्रिक स्थान स्थ	क्रय संख्या	परिकार को उग	तयों का नाम		उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पव (प्रमाण पव की छाया प्रति संतर करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहस्रवा हेतु किये गरे बिनती का उद्देश्यः Sr. No. कम संख्या Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियो जन्य को तमे विश्वा गया हो? Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियो जन्य को तमे विश्वा गया हो? Sr. No. Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियो जन्य को तमे विश्वा गया हो? Sr. No. NAME of Other Source अन्य स्वेत का नाम Amount of Assistance Being Availed अन्य स्वेत का नाम Amount of Assistance Being Availed लेग गई सहायता कियो जना संकर्ण लेग गई सहायता होगी		Rake	86	28	3	m	Ser	7
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहस्या हेतु किये गये कितती का उद्देश्यः Sr. No. क्रम संख्या Diagnaks - RE - Sehile Conduct Consult Confident Assistance being availed for same "Purpose" from other sources हम उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायवा कित्ती अन्य स्त्रोत से दिखा गया हो? Sr. No. NAME of Other Source कम संख्या NAME of Other Source जन्य स्त्रोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जन्य स्त्रोत का नाम RMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जन्य स्त्रोत का नाम RMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जन्य स्त्रोत का नाम RMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	(Attach Card C	Copy) (A	सहायता के लिये रि EWS Certificate ttach Certificate Cop अस्य आप वर्ग प्रमाण पा	वनति आधाः १५) १	₩ A	seton Card ttach Copy) रमोक्ता कार्ड	Any Other Basis/Proof	
अहावा हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः St. No. क्रम संख्या Diagnak — RE - Service (orlanged) E - Service (orlanged) Assistance being availed for same "Purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? St. No. NAME of Other Source AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्त्रोत का नाम RESISTANCE BEING AVAILED AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्त्रोत का नाम सी गई सहायता राशो	(प्रमाण पत्र की छापा प्रति	। संक्षण्य करे। (प्रमा	AL TENTENIA POLICE ISSUES		180200301000	MI-SWEET AND THE	VI	L
अस्याल्गडॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुधी संलग्न 1. Diagnance (हेतु किये ग	ये चिनती का उद	(देशय:		L
2. Sunjery RESCS WITH Pinter lens Camp Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायवा किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम RESCS WITH Pinter lens Camp AMOUNT of Assistance being availed की गई सहायवा राशो	क्रम संख्या	376			स्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न			
2. Sunjuly RESCO WITH PINMS (CAMP) Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य के हेंगू कोई अन्य महायवा किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? St. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राही	- 1,	Diagnaris - H						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी	, .	Company	RE SEC	w	ги. Р	helma le	la Carlo	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अन्य स्त्रोत का नाम ली गई सहायता राशी		sway -					a. Chap	
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED का म संख्या अन्य स्वीत का नाम सी मई सहायता राशी								
	Sr. No. NAME of OTHER		NAME of OTHER SO	OURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEI			NT of ASSISTANCE BEING AVAILED)
	mail.w= #	D		1141		2		

DECLARATION by APPLICANT: SERVE ERI VILLE TE

- 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 assistantiable 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 assiwas 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के जनुसार खत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक्ष राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करत हूँ कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस गशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतानियोजकाबीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही मीवस्य में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (Serice gro #101)

- 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 प्रश्न पर अपने डालाधन या अंगठे की साथ लगाकर, में (आवेदक) अपनी महर्पात की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, माचना/मा दूसरे उद्देश्य से बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इलाज के पहले का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" क न्यासी अधिकृत है।
- मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हैं कि पेश नाम, च्या, फोटों और विचरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के गमात्रस च अंग्रेड का निशान

- RYOGPT

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFINE DO WOLL)

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:

- I) 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 assentially 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
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/योगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से वितिय सहायता हेतू सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निग्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन"
- से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" इस मदद हेतु कि है। परि "कोशिका फाउन्देशन" इस सहस्वत विनति आशिक/सकश हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहस्वता लेने का अधिकार सुर्शका रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/स्थमले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "ओशिका फाउन्देशन" से तो गई सहायता कंवल विशिष प्रकृति की है। रेगी पर हस्पतल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउनोशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** M.B.B.S.M.S.FICO r Eve Charit UPM.6 Reg No 78911 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Mo on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताधार व रहित न आन्तरिक तपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर 2 डिम्बियापूरी