APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE REFERENT BY STRENT APPLICATION NO. A 0.323 0.303 aprecident application aprecident application aprecident application		mam - c - 2	3-03	15 96		
AGE-YEARS MISTANCE BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) RESIDENCE AND STANDARD AN	सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)					
ANCHOR TO STAND THE PROCESS OF THE STANDARD STAN	PPLICATION No.:	1/0323/0303	1000	A DOLLAR		Building block of life
SC. No. BASISTANCE BEING AVALED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES BY HOLD A CALL CALL COLLEGE REQUESTING ASSISTANCE: BASIS FOR REQUESTING ASSISTANCE: BY HOLD A CALL CALL CAL		1		7 7	धर्म SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS THEY SURFIT TO THE PASTE PHOTO HERE TO THE PASTE PHO	0.50.000,000	***	Vi	60	F	SKINICHNIA CE
PRESENT RESIDENCE ADDRESS TRUTH SUPERING WITH THE PASTE PHOTO HERE DO OF PERMANENT RESIDENCE ADDRESS TRUTH THE DOOR OF PERMANENT RESIDENCE ADDRESS TO REQUEST THE ADDRESS TRUTH THE DOOR OF PERMANENT RESIDENCE ADDRESS TO REQUEST THE ADDRESS TO RECUEST TH		Kam Polasa				Jeannin 73-03-15
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रखी आवारीय चारा ATTR CLA ATLOUS CCUPATION: Come McKett (Atlach Proof of Income) (आय का शक्य संस्था) (Atlach Proof of Income) (आय का शक्य संस्था) (अप का श	ANIA I	PRESENT RESIDENCE	hen h	पान आवासाय पता		PASTE PHOTO HERE
CCUPATION: COME Market Mark			desh, 2	67505		120-de 1684 of
CCUPATION: COMP MCKET (Autach Proof of Income) (Attach Card Copy) (Attach Card Card Copy) (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) (Attach Card						
ASSISTANCE BRING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उर्देश्य प्रेक्ष प्राप्त कर प्राप्त कर		Str	ive and	doore		
ASSISTANCE BRING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES हम उर्देश्य प्रेक्ष प्राप्त कर प्राप्त कर		Home Maker			MARRIED (Tagist	ন) / UNMARRIED (কবিবারিন)
AN No. रथाई खाला संख्या REYOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 1 जाप जाप कर राजा है (जो जाना हो उस पर सही का निश्चल लगाये) 1 जाप जाप कर राजा है (जो जाना हो उस पर सही का निश्चल लगाये) 1 SA No. 1 SA No	OTAL ANNUAL INCOME	1.	amily)			
हैं। त्रिक्त कर रहता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। Sir. No. Name of Family Member परिवार के सहर्यों का नाम Age (Years) Gender अस संख्या (सिंग आवेरक के साथ प्रमाय (सिंग अवेरक के साथ प्रमाय (सिंग अवेरक के साथ प्रमाय (सिंग आवेरक के साथ प्रमाय (सिंग आवेरक के साथ प्रमाय (सिंग अवेरक के साथ प्रमाय (सिंग आवेरक के साथ प्रमाय (सिंग अवेरक के साथ साथ अवेरक विकास (सिंग अवेरक के साथ साथ अवेरक विवार विवार विवार विवार के साथ	AN No. स्थाई खाता संख्य				(-81 01 000)	
Sr. No. Name of Family Member परिवार के सहदर्ज का नाम Defined के सहदर्ज का नाम Sola BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के सियो विनति आधार (Attach Card Copy) परीक्षे रेखा के नीचे प्रमान पत्र (Attach Card Copy) अस्य आप का प्रमान पत्र (प्रमान पत्र को साथ प्रति संस्मान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के सियो विनति आधार (प्रमान पत्र को साथ प्रति संसम्य करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के सियो विनति आधार "प्रमान पत्र को साथ प्रति संसम्य करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के सियो प्रमान पत्र को साथ प्रति संसम्य करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के सियो प्रमान पत्र को साथ प्रति संसम्य करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के सियो प्रति संसम्य करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के सियो प्रति संसम्य करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के सियो प्रति संसम्य अस्य कोई सावय अस्य कोई सावय अस्य कोई सावय अस्य कोई सावय अस्य कार्य सिया प्रति संसम्य अस्य कोई सावय अस्य कार्य सिया प्रति संसम्य "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अप्य सहायता क्रियो अप्य स्वीव से सिया गया शो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अपय सहायता क्रियो अपय स्वीव से सिया गया शो? NAME OTHER SOURCE अस्य संख्या गया त्या है।	RE YOU AN INCOME TA वा आप आय कर दाता है	IX ASSESSEE (Tick whichever is appl (बो मान्य हो उस पर सडी का निशान र	icable): गामे।			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) BPL Card (Attach Card Copy) परिवार के सहस्या के लिये जिनकि आधार (Attach Card Card (Attach Card Card (Attach Card Gattach Card (Attach Card Card Card (Attach Card Card Card (Attach Card Card Card Card Card Card Card Card						Paratica with Applicant
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) REFUGATE (Attach Card Copy) परिवार रेखा के गीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को काज प्रति संसान करे। प्रमाण पत्र को काज प्रति संसान करे। पत्र को काज पत्र संसाम प्रति में संसाम प्रति में स्वासमा प्रति भी मई ससम्बात प्रति में ससम्बात प्रति में ससम्बात प्रति में ससम्याल प्रति में ससम्बात प्रति में प्रति संसाम प्रति संसाम प्रति संसाम प्रति में प्रति संसाम प्रति में प्रति संसाम प्रति संसाम प्रति में प्रति संसाम	क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लियो जिसति आध्या (Attach Card Copy) परीबी रेखा के भीचे प्रयाण पत्र (असान पत्र की साथ प्रति संसाय करें। (असान पत्र की साथ प्रति संसाय करें। अस्य अस्य कर्म प्रयाण पत्र (असान पत्र की साथ प्रति संसाय करें। अस्य अस्य कर्म प्रयाण पत्र (असान पत्र की साथ प्रति संसाय करें। अस्य अस्य कर्म प्रयाण पत्र सहायता हेतु कियो गये विश्वती का उत्देश्य: अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य वर्म प्रयाण प्रति संसाय अस्य अस्य कर्म संस्था अस्य अस्य कर्म संस्था अस्य अस्य अस्य कर्म संस्था अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य कर्म संस्था अस्य अस्य अस्य अस्य वर्म प्रयाण पत्र की स्थाप प्रति संसाय अस्य अस्य अस्य वर्म अस्य पत्र अस्य की स्थाप प्रति संसाय अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य		311 110		23		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा को गोचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साम पत्र को स्थाप कर प्रमाण पत्र असे साम पत्र को स	2-	Jan hi Ulala	d'	31	M	Som
BPL Card (Attach Card Copy) परिवो रेखा को नीचे प्रपाण पत्र (प्रमाण पत्र को साम पत्र को पत्र को साम पत			_			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्रम प्रमाण करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किम्म गर्व विनती कार्य रेसरः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किम्म गर्व विनती कार्य रेसरः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किम्म गर्व विनती कार्य रेसरः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किम्म गर्व प्रमाण प्रमाण कार्य प्रमाण कर्म प्रमाण कार्य प्रमाण कर्म प्रमाण कार्य प्रमाण कर्म कर्म प्रमाण कर्म प्रमाण कर्म प्रमाण कर्म प्रमाण कर्म कर्म प्रमाण कर्म प्रमाण कर्म प्रमाण कर्म कर्म प्रमाण कर्म कर्म प्रमाण कर्म क्रम प्रमाण कर्म क्रम प्रमाण कर्म कर्म कर्म प्रमाण कर्म कर्म कर्म प्रमाण कर्म कर्म क्रम प्रमाण कर्म कर्म क्रम प्रमाण कर्म कर्म क्रम प्रमाण कर्म कर्म क्रम क्रम प्रमाण कर्म कर्म कर्म क्रम प्रमाण कर्म क्रम क्रम क्रम क्रम क्रम क्रम क्रम						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण यज्ञ (प्रमाण पत्र को क्रम प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्रम प्रमाण करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किम गर्म विमती का त्रप्रेश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अन्यसाय/व्यक्ति स्त्र सं, आगी की गई प्रतिवेदन सूची संलान अन्यसाय/व्यक्ति स्त्र सं, आगी की गई प्रतिवेदन सूची संलान (प्रमाण पत्र को क्रम प्रमाण प्रमाण पत्र को क्रम संलाम करें। ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्द्रश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संलाम अन्य स्त्रोत का तम्म	-					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संस्थन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरे विकारी की गई प्रतिचेदन सूची संस्थन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरे विकारी का गर्दरेग्दः अर. No. "Medical Reports/Prescriptions Attached अप्रमाल। उत्तर संस्था "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरे विकारी की गई प्रतिचेदन सूची संस्था "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरे विकारी की गई प्रतिचेदन सूची संस्थान "PURPOSE" from OTHER SOURCE इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य समीत का नाम "PURPOSE" from OTHER SOURCE की गई सहायता देशी			A Company of the Comp	A fine program to the state of	er is applicable)	
अस्पताल हेतु किये गये विनती का उत्देश्यः Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से, वारी की गई प्रतिवेदन सूची संलगन COLUMN CE SCHILE COMMONIA 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 अन्य स्त्रोत का जाम ती गई सहायता रही	(Attach Card C गरीबी रेखा के नीचे 1	epy) EWS Certific (Attach Certific स्थाण पत्र अस्य वर्ग	ficate cate Copy) प्रयाग पत्र	ite Copy) (Attach		Basis/Proof
अस्पतालर डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संसान Compact	361					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहस्रवा किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संशित्य अन्य संशित्य से गई सहस्रवा ग्राही						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संगोत का नाम लिया मार्ग सहायता स्वांत						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायवा किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या अन्य स्वांत का नाम सेवा से नाई सहायता स्वी			- 0	- 1	6	Senile Cathanact
इस उद्देश्य के डेवू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम स्त्री सहायता राही	n	Swigery 10 STCS with Proma less Comp				
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम सी गई सहायता राही		1				
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायदा किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम सी गई सहायता राही		191				- Bit La
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायदा किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम सेत्रम् स्त्रम् स्त्राम् सेत्रम् सेत्रम्		TO THE SECOND				
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कम संख्या अन्य स्थात का नाम सहस्यता गर्नी		ASSISTANCE BEIN	G AVAILED for SA हेत कोई अन्य स्टा	ME "PURPOSE" fe	om OTHER SOURC इ.सं. लिया गया हो?	ES
	A STATE OF THE STA	NAME of O'	HER SOURCE			
						Maria Maria
			- 77			

DECLARATION by APPLICANT: आवेश्या प्राप्त पोष्ट्रण 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुस्तर साथ दर्व शही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता गिरान्ट की जा सकती है।
- 2) मेरे इार जो सहस्यता राति "कॉरिंका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत किसा किसी अन्य ओश/नियोयक/बीम कम्मनी से न तो लिया है और न ही प्रक्रिया में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (JERRE 201 WILL)

- 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताबर या अंगते की छाप शरणकर, मैं (आपेदक) अपनी सहमाँत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेये और यो निवाण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, व्यवना/व्य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेरक) इस अल से सहयत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थठ: सहायता का हकारार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवन् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : जानेदम के इस्टावर चा अंगुडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाल प्रय 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. 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 pature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the
- 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, हस्तावरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहाबता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ते वर्टमन और न हो भाविष्य में वितिष सहस्वत किसी गैर सरकारी संस्थार या किसी अन्य स्थंत से उक्त एंगी/मामले में लेंगे च ले रहे है, कैसे कि इमने "कोशिका फाउन्सेशन" हात सहायता विनति आशिक/सकल हेंगू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य सं "कोशिका पाउन्सेशन" हात सहायता विनति आशिक/सकल हेंगू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य संन्यापन से सहायता लेने का अधिकार मुख्यत खाता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय गरद उक्त ऐंगी/मामले हेंतू किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य कामन से नहीं लेगा/लंगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" में ली वर्च सहाया। कंचल वितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हस्पालन झार पी गई सलाह या विशे गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पालन
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगों एवं हस्पताल की होगों और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस म्हमले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अभितान को तारीख़
M.B. B. S.M. S.F.ICO
U.P. (Name of B. S.M. S.F.ICO)
(Name, U.S.) (Name, U