			mak	n- (-29	0.50-	507			
		RM FOR ASSISTANC ् आवेदन प्रारूप	E	(Healtho (स्वास्थय दे			Koshika oundation		
APPLICATION No. : शबेदन संख्या :	M1072	3/0334	APP	HICATION DATE	2023		Building block of life.		
AME of APPLICANT	110.	320		AGE-YEARS आयु-	वर्ष SEX हि	र्गग 💮			
अविदेश का नाम Meena devi				60	1 f	M 3			
ATHER'S/SPOUSE'S सा/कटम्प का नाम	NAME: PACE	hu lal			777 118-	47	· ·		
Tharing	9	LUCOCUL MEDIDENCE VOOL	RESS व	मान आवासीय पता		3	MEDNA DE		
marug	a. Den	jam, khes	u			2//	Mark Cost of		
	4+1	MANENT RESIDENCE ADDR				Breso	Post of		
		Same cus	au	pove		_			
CCUPATION:	Ham	e makar		L	MARRIED (F	वाहित) / UNMARE	ueo (अविवाहित)		
OTAL ANNUAL INCO इल वार्षिक आय	ME+	Powol - (far	li	1	(Attach Proc	of of Income)			
AN No. स्थाई स्थाता स	स्था	270 11	nu ly	/	(जान का स	(4 (GPI)			
RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (T	ick whichever is applicable): पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / नही					
	र रूपा भाग छ। उस	We and see their count	FAMILY	DETAILS परिवार वि	व्यस्थ				
Sr. No. क्रम संख्या	Nam	e of Family Member ार के सदस्यों का नाम	1	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Rel	ation with Applicant वेदकु के साथ सम्बध		
		nech		20	m		Seh		
			+-				No.		
				- 3					
				79.7					
			+						
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTA ानति आधा	NCE (Tick whichev T	er is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अग्रव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्नया प्रति संतरन करे।		Kation Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की खाण प्रति संलग्न करे।		इरे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
				L JESTING ASSISTAN ापे विनती का उद्देश					
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गृई प्रतिवेदन सूची संलग्न प्राथमाल/डॉक्टर से जारी की गृई प्रतिवेदन सूची संलग्न									
	0.37.80.0								
	118- Senile caturact								
	_		-						
9	Cunden	u PIE	2212	with 8	mma	Lens c	amp		
	1320	The state of the s							
	OTHER IS								
	1.7	ASSISTANCE BEING AVAILE	ED for SA	ME "PURPOSE" fr	om OTHER SOL	URCES			
		इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहा	यता किसी अन्य स्त्रो	त से लिया गया	हो?			
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम			AMOU	INT of ASSISTANC ली गई सहाय	E BEING AVAILED ता राशो		
		PBC				90001			
		PD()							

DECLARATION by APPLICANT: अस्वेरक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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 8 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 घोषण करता हैं कि इस प्रारूप में दिवें गये सभी विवरण मेरी करकारी के अनुसार मत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पूर्वा जाता है तो मेरी सहायता निस्स्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महस्यत रहिंश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु पत प्रार्थना को गाँ है, तस गिश का ऑशक च सकत हिस्सा कियो अन्य ग्रोतानियोडक/बीम कप्पनी में न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

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.
- इस प्रयत पर अपने इस्ताधर या अंग्रेट की साथ लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयथ में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, व्यवना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गाँविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यय से प्रसाशित करने के लिए अधिकत है। मेरे प्रयत का विवरण मेरे इस्ताव के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी ऑपकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सक्षायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान

RT of PT

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल 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:

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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से चितिय सहायदा हेतु सिकारिक की वाती है, जिसे हम (हस्पवात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो परिष्य में वितिप सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे था ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिफालिश/विनति उक्त के सन्वथ में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सहायता विनति आशिकासकल हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहस्यता लेने का अधिकार सुर्विशत रखता है। इस पूरिए में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सत्थन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई महापता केवल विशेष प्रकृति की है। येगी पर हरमताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपवार/प्रक्रिया का युनाव येगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में येगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारों रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई युनिका या जिम्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

		ENDED FOR ACCEPTENCE ती को लिए संस्तुति			
Date of Surgery ऑपरेक्ट को तारीख Oन(०न(23	Dr MAZHARN COMMON MARKET OF STATE OF ST				
	FOR INTERNAL USE of K	OSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपचान हेन्			
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताक्षर 2			
	Sofund	lit			