	mol	n-(-24-07	- 0334	,		
APPI	LICATION FO	RM FOR ASSISTANCE ्ञाबेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखभात)		Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	MIOZ		PPLICATION DATE	0/07/24	Building block of life	-
NAME of APPLICANT आवंदक का नाम			AGE-YEARS H	यु-धर्म SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S' पिता/कटुम्प बा नाग	ALANE -			1,6	NET CALL	
Prose	Kai	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आदासीय पर	L. b. Ialas Land	PASTE PTO HEN CZY-	
	n - Lillow	A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR	10)	miganaspu	Polled Palls	1
- rantage	PE	RMANENT RESIDENCE ADDRESS	स्थाः आवासाय पता		10110	
		Same at Abo	ove			
OCCUPATION :	H	ml maker		MARRISO (Raillen)	MARRISO (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO জুল আর্থিক ভাব	ME	000 (family	1	(Attach Proof of In		
PAN No. THE BEST H	स्या	Tick whichever is applicable):	Yes / N	0		
क्या आप आग कर दाता	है (बां मान्य हो उस	र पर सही का निशान लगाये।	E / F	हो		
Sr. No.	Nar	ne of Family Member	Age (Years)	Gender fizin	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
東 科 財産日 1.2	- dis	ह्यों का नाम Kamesh	उप (वर्ष) पुर	m	San	
	1					
	+					
	1					
	1 =	BASIS for REQUESTING ASS	STANCE (Tick which	haver is applicable)		
		सहायवा के तिये विनिर्द	आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसरण करें।		आरूप आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साव्या प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र क		Ration Card Muscl Copy) पर्पारिता कार्ड को छावा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		सहायता हेतु वि	REQUESTING ASSIS हये गये चिनती का उप	र्देश्यः		
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescrip अस्पताल/हॉक्टर में जारी की गर्व				
	Higgne	Higginatus RIE Genile Containet				
			1	18- Seni	e Codwruct	
- &	Xu3	geory RIE	ઢાવ	with	emme Jens	carry
					-	
		ASSISTANCE BEING AVAILED IN इस उद्देश्य के हेतू कोई अन	or SAME "PURPOSE सहायता किसी अन्य	स्वात में लिया गया हा?		
Sr. No. NAME of OTHER SO अन्य संशेष का न					f ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता रासी	
क्रम सक्स		Desc			20001-	
	7					

DECLARATION by APPLICANT: SHITCE BY GIVEN THE

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) 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.
- मैं बोबणा करता है कि इस प्रक्रप में दियं गये सभी विवरण मेरी जानकारों के अनुसार संस्थ दियं नहीं है। वर्द कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्ता की आ सकती है।
- 2) मेरे इस जो सहायत सीत "कोशिका काउन्डेकन", में ली जा रही है, उसका क्यांग तसी क्रिय को पूर्त के लिय किया जायेगा, जो इस प्रक्रप में घर गया है।
- मैं चुडिट करता है कि दिस महत्वता है यह प्रार्थन को नई है, उस राशि का काशिक या सकत किसी करन प्रांतिनियोगकानीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घाँकमा में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SINGE THE WAY)

- 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 "perpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting denations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/schievements. Such use of my photo & details can be made by Hoshika 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते को छाप लगाकर, में (अवदेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता है वर्ष "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विकास इस प्रपत्न में प्रोपित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी दान, वासन्ह्रमा दूसरे स्ट्रांटन से नुद्धे वातिविधयों की राम किसी भी प्रसार माध्यम में प्रशासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवस्य मेरे इसात के यहते या बाद में खूरने के लिए "कोशिका फाउतेंसन" व न्यानी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहयत है कि मंग नाम, मता, फोटों और विवस्त्र को कि मताका के उद्देश्यों में प्राणित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यसियों का निर्णय औरतम और नाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

AGREEMENT by HOSPITAL (FPHH STI BUT)

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:

- (Hospital) hereby aftern & 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 fature. 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, हम्ताक्षरी की आर से मामले/रोगी को "काँगिका फाउन्डेशन" से विशिष गठायाँ। हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हम्मशल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- पह कि व सी वर्तमान और व ही भाषिक्य में वितिय सहत्यका कियी गैर सरकारी संस्थान में किसी अन्य स्त्रोत में तका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में पिफारिशाविनति उस्त के मध्यप में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा पदद हेतु कि है। यदि "बीशिका फाउन्देशन" द्वारा ध्वायता विनति आशिक सकत हेतु मन्तूर नहीं किफ बात है तो अस्पताल किसी अन्य के सरकारी संस्था का किसी अन्य सन्साधन से सहाधक लेने का ऑफ़िकार सुर्राक्षक है। इस चूंदर में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पतान द्वितीय मदद उक्त सेवी/पामले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य साधन से नहीं लेगानोगी।
- 2. "कोशिका फारून्देशन" में सी गई सहायता केवल विदिय प्रकृति की है। रोगी पर हमगतल द्वार यो गई फलाड या फिट गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हम्पताल के बीच का विकय है और "कॉरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रहाव नहीं है। स्वर्लिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेरावी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोलिका" की बोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCS

बीफरों । लिए संस्तृति

Date of Surgery

med Signatory

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जाने हस्ताबर ३

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

14/12/2022