		MOM-	62	L-00-	1202		
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)						Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :					0125.	Building block of life.	
NAME of APPLICANTS				AGE-YEARS MIT	वर्ष SEX लिंग		
STREETS SPOUSE'S NAME:				FS	10.		
EATHER SEROUSE'S	ameno	o kumon.		26	1.4		
पिता/कटुम्म का नाम	M: How	+VCI /				25	
Juan	n San	PRESENT RESIDENCE ADDI			Majang	SANE SUTURNAL TEN TEN TEN TO	
		Same as		ण्ट		poreop postop	
OCCUPATION:	mmen .				MARRIED (विवाहि	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : वृत्त वार्षिक आय 35,000 / -					(Attach Proof of (आय का साक्ष्य	Income) संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता र	रंख्या						
ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दात	TAX ASSESSEE है (जो मान्य हो त	(Tick whichever is applicable): स पर सडी का निशान लगाये।		Yes / No डां/ नही			
Sr. No.	No.	FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender				Relation with Applicant	
क्रम संख्य	पा	रेबार के सदस्यों का नाम		ठम् (वर्ष)	स्थिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	Aine	Diale			m	101	
(1)	113	THE STATE OF THE S					
	+		_				
			_				
		BASIS for REQUESTING सहायता को लिये f	the second second second second		er is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संस्तर करे।		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की समया प्रति संसम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
1 -				JESTING ASSISTAN			
Sr. No.							
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
) (
	Dignosis Ric serile cata					Calanoct	
	, ,	. 10					
	Swigney If Sepile Cataract						
	100						
	V	1 to ster Pmmo Jol Cammil					
1.7	HI BUILDING	7/c 2/C	-/1	11110	701 (anny	
190	12 Section 1	ALCO T					
		ASSISTANCE BEING AVAIL				ES	
Sr. No.		इस उद्दश्य के हतू कर NAME of OTHER S	S. C. S. D. M. Liller	क्या क्या अन्य स्त्र	The second secon	of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम			ली गई सहायता राशी		
		DUCS			20001		

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक 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.
- 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.
- 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सक्षी है। मदि कोई क्षियरण एवं कथन असरय यागा जाता है तो मेरी सहायता निरात की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गृहि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पृष्टि के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतू यह प्रार्थना को गई है, उस सांश का आंतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य झीत-नियोजक बीया कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आपेदक 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 प्रयत घर अपने वस्ताक्षा या अंगटे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी व्यवसात की पुष्टि करता है एवं "काशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवशण इस प्रथम में घोषता है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गांतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवशण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जिवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रवम तसके न्यांसियों का निर्मय ऑहर अध्यक्तारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवंतक के हस्तावर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (ENGINE IN WOR)

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 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, इस्ताक्षणे की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाइन्डेशन" से वितिय सहायत हेतु सिफारिश की जागी है, जिसे तम (हस्तातल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो घरिष्य में वितिय सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/प्रमानों में लेंगे या तो रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। वर्ष "कोशिका फाउन्डेशन" इस स्वाधनता विनीत आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है के अस्पताल किसी अन्य मैं स्वीत क्या के से घड़ायता तोने का अधिकार सुर्याक्षण है। इस पृष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदर उक्त रोगी/पामले हेतु किसी कैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" में लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगों पर हस्पताल द्वरा दी गई मलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का शिवय है और "कोशिका फाइन्बेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई दश्यव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगों एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका था जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेशन को तारीका अपरेशन को तारीका के स्थान के स्