mom - (-24-07-0941 (Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation Building block of life APPLICATION DATE APPLICATION No. आवेदन मंख्या आवंदन तिथी 10 AGE-YEARS HIT-TH SEX THIN NAME of APPLICANT आवेदक का नाम FATHER S/SPOUSE S NAME पिता/कटुम्म का नाम PRESENT REGIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Cham. Jarkeu Ula PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थार आधारताच पक्ष MARRIED (TOUTER) / UNMARRIED (STORTER) OCCUPATION : खवसाग TOTAL ANNUAL INCOME (Attach Proof of Income) (आप का साध्य संसम्म) कुल वार्षिक आय PAN No. THIS WITH THE Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हा / नही क्या आप आप कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवास विकास Age (Years) Relation with Applicant Gender Name of Family Member Sr. No. आवेदक के साथ सम्बध परिवार, के सदस्यों का नाम उम्र (गर् 10 m allan 19 ×nn. h 9 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिनति उद्यक्षर Any Other Basis/Proof Ration Card **BPL Card EWS Certificate** Mittach Copy) (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) उपभोषता कार्ड अल्प अवय वर्ग प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य गरांबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति मलान करे। (प्रमाण पत्र को छादा प्रति संस्तरन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेट किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल डॉफ्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुधी मुंलान अप संख्या Sice With RIE ens Pmma ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्द्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य एवंत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. ली गई स्टान्स्स क्सी अन्य स्वीत का नाम क्रम संख्य DRCS

		T	
and the second second		_	
liable for rejection/cancellal 2) I solemnly confirm that ass was requested by me. 3) I hereby confirm that I have	tails in this Form are True to the be tion. istance, if received from Koshika F a no & will not in future, avail of rei	oundation, will imbersement,	wedge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance. If any: ill be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount को सही है। बाँद कोई क्षिकरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निरस्त की जा सकती है।
() वें घोषणा करता है कि इस प्रारू	व में दिय गर सभा विकरण मरा जानकार व	क व्यनुसार सत्य ।	स्वयं की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
) भेर इस को सहायता ग्रांग का। के	हिना फाउन्हरान , स रात्र का ६०१ के, उसके का रंग पर पर्यांज की गर्र है जा गरिए ब	or affine up an	क्त हिस्सा किसी अन्य क्रोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से र तो लिया है और न ही महिष्म में सूँख।
1) it dies went f im 1 . Her.	100 big 46 104'0 at 40 0, an alle 4	AGREEMEN	T by APPLICANT ( smitter grot wort)
use/publish/put-up/reproduct medium, including but not lin activities/achievements. Suc- for which assistance is being 2) I (Applicant) further agree will not automatically entitle with the Trustees of Koshiki	e my name, address, photo & det nited to verbal, print, electronic, for the use of my photo & details can be grequested. that any such use of my name, a me for receiving or continuing the a Foundation, and their decision in	I (Applicant) ails of the "pu or soliciting di pe made by N address, photo and essista this regard	nereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to apose", for which such assistance is requested/granted, through any enations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's oshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" o & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, noe. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely will be final and acceptable to me.
1) इस प्रपन्न पर अपने इस्लाक्षर व	अंगते की साथ समाकर, में (आवरक) व	भपना सहस्रात व	पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम,
प्ता, फोटो और जो विवरण इस प्र	रत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ना	ग्रस, रान, पाच	vui दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गांतिवाधयाँ और उपलब्धियाँ को लिये किसी भी प्रसार माध्यम
में प्रसारित करने के लिए अधिकृत	है। मेरे प्रपत्र का विकाण मेरे इलाज के पा	हल या कद में	करने व लिए "कोरितकः फाउँसन" य न्यासी अभिकृत है।
		रण जो कि सहस	यात के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थतः सहायता का हकदार नहीं बन्तता। इस सम्बंध में
"कोशिका" एवम् उसकं नर्शासयो	का निर्णय ऑतय और बध्यकारी होगा।		
आवेदक को इस्ताधर या अगूठे का		AGREEM	ENT by HOSPITAL (
12.10 (22.10) (22.10) (23.10) (23.10)	and the same of Comments		ending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
(Hospital) hereby affirm &  1) that we neither are pres- requesting to get from Kos- by Koshika Foundation, in confirmation essentially str  2) The assistance from Ko- patient, is based on the an- assume sole & complete in in the matter, suit अधिकृत, हस्तावरी को और  1) यह कि न तो वर्तपान और व- तो विकारिक विकार के सम्ब- तिकारी अन्य नैर सरकारी संस्था व्या	accept following: ently nor will in future avail of fina hike Foundation, to the extent the part or in full, then the Hospital the stes that the Hospital will not avail shike Foundation is only financial rangement between the patient & esponsibility of the treatment & it'  से सामले/गेनी को "कोशिका फाउन्डेशन हो पविषय में विशिष्ट महायता किसी कि को जन्म सन्मापन से स्वायता लेने के सामन से नाी लेगालेगी।	nciel assistent such assistent serves il sing any duplicati in nature. The the Hospital, soutcome & single and the Hospital, soutcome & single and the Hospital soutcome & single and the	nce from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are trance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted ght to make up the shortfall from another NGO or any other source. This te assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source he choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital on the safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility was है दिस्सार की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार में मान्य व स्वीकार करते है। यह किसी अन्य स्वीत से उक्त पेगी/मामले में लेगे यह ले हैं है, जैसे कि हमा "सोशिका पाउन्सरम" "सोशिका पाउन्सरम" (काशिका पाउन्सरम) हमा महायम विमित्र आशिक/सकत है हमानूर नहीं किसा बाता है तो अस्पताल हमान हो हमा वह से साम का है किसी मान्य हमान हो हमा वह से साम का से साम का हमान है किसी
2. "काशका फार-दरान" स सा के बीच का विषय है और "कोर्ड	गइ सहायता कवल त्यातच प्रकृत का है। राया फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का क	विकास स्थाप का है।	: इसलियें हस्पाल में सेगी के इसान सुरका और आने वाने की सारी जिम्मेदारी सेगी एवं हस्पातल
	र्वे भूनिका या जिम्मेदारी इस मायले में क		
			DED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुवि
Date of Surgery			Dee Cale Path!
अपिशन की तारीख	Dr MAZHAR N M.B.B. L.M. G.A. U RIMIO Regime SIRX का गार व हरेक	Keen	Mame Designation & Starop of Authorised Signatory
			HIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्
SIG	MATURE of TRUSTEE 1 न्याची इस्तक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताका 2
3	afungel		liet E_
14/12/2022	-		