	FORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थव		Koshika
APPLICATION No.: V 09:	21 0384	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	23/09/21	Bullding block of life.
NAME of ADDITIONALLY	7	AGE-YEARS 30		
आवेरक का नाम Ram Kuman		61	m	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME :	Ranboui Lal			CONTRACT
Hatisa,	PRESENT RESIDENCE ADDRES		Habag	0 1 0 1
bhagwant pury	DIAH HATHER	J. U.P. 20	4-101	Preop Postop (0384) Ram Kuman
	59me 98 al	pove		(So 1) Term parment
OCCUPATION :	Low		MARRIED (विवाहि	া গ) / UNMARRIED (পৰিবাছিন)
TOTAL ANNUAL INCOME : वुल वार्षिक आप	6000/		(Attach Proof of (आय का साक्ष्य	Income) संतम् । NA -
PAN No. स्याई खाता संख्या				MANUAL CONTROL
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSE क्या आप आय कर दाता है (जो मान्य हो	E (Tick whichever is applicable): उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हाँ / नह		
Sr. No.		AMILY DETAILS परिवार	the action in the last of the	
क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম (বর্ণ)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
- + +	ajkumaaj	5.6	F	Wife
2	Rameth	26	m	Ser
	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनरि	SISTANCE (Tick whiche	over le applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संलग्न करे।		(Att	tion Card ach Copy) ग्रेक्ता कार्ड काम प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साख्य
		REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्दे		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न			
	RE - Senile Catanard			
		E - Semile	Catan	a(+
			E_FA	
	107	SUNGERY -	(RE) SI	C\$ + TO!
		any -	0 31	1 1111
	ASSISTANCE BEING AVAILED			S
Sr. No.	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन NAME of OTHER SOUR	य सहायता किसी अन्य स्व	ोत से लिया गया हो?	ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	अन्य स्वीत का नाम		ली गई सहायता राशी	
1 DISC	DBCS		2000/	_
			11	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

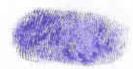
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistal liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance 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 arrifor which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाना कता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से व तो लिया है और व ही भविष्य में स्नेग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदम क्रांग 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/schievements. 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 इस्ताधर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाव के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कीशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इत्पताल द्वार 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 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 मामलेंगोंगों को "कोशिका फांउन्बेशन" से विविध सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में विविध सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका काउन्डेशन" हाय मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हाय सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधत रखता है। इस पृष्टि में स्मष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाध्य से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केयल वितिय प्रकृति की है। येगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेपान स्थितिक किसी प्रकार का कोई प्रमान या जिम्मेदारी इस मायले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE uta dalahata **Date of Surgery** B.B.S., DOMS, DN ऑपरेशन की वारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory DMC 82893 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी आनारिक उपयोग हेतू FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2