Mom-	r. 24	-0 J- 1	683
		-	DU.

APPLICATION FORM सहायता हेत्			hcare) देखभाल)	Koshika
APPLICATION No.: M 0 7 24	10396	APPLICATION DATE	107124	Building block of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	dani	AGE-YEARS &	तायु-धर्म SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Rame	warup			TOKKINES IN
Pakasuya. , Sand	ESENT RESIDENCE ADD	Khesu San	dilwa.	DOOD COMPANY
O CHACLAS PERMI	ANENT RESIDENCE ADD	7- 26272 PRESS: स्था आवासीय पत	7	Bulot Paral
- J	same a	s above		
TOTAL ANNUAL INCOME	emeker		MARKIED (Number (Attach Proof of	ল) / UNMARRIED (প্ৰবিবারিশ)
कुल वार्षिक आय 2 0	00 for	nily	(आय का साक्ष्य	संलग)
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick क्वा आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर	whichever is applicable) सही का निशान लगाये।	शं / र	1ही	
Sr. No. Name o	f Family Member	FAMILY DETAILS परिवा Age (Years)	र विवरण Gender	Relation with Applicant
	हे सदस्यों का नाम 1715 90m	তম (বৰ্গ) ১ /	िमंग 171	आवेदक में साथ सम्बध XOh
	CHANNA	~ ~ ~		
	BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	G ASSISTANCE (Tick which	hever is applicable)	
BPL Card	EWS Certificate		Ratifin Card	Any Other
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Co अल्प आप वर्ग प्रमाण प् प्रमाण पत्र की छापा प्रति संश	হয় ত	Rappon Card Mach Copy) पभोक्ता कार्ड हो साया प्रति संसल्ल करे।	Basis/Proof अन्य कोई सास्य
		E" for REQUESTING ASSIS हेतु किये गये चिनही का उप		
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Pres अस्पताल/डॉक्टर से जारी को	गई प्रतिबेहन सूची संतर	
Jiagr	weng.	K18-	Schile	(ateriac)
0		CIE.	Senle	Cartaract
0	102			
2 Surge	ory LE	. 8102	with p	mma lons comp
	U	JLED for SAME "PURPOSE	" from OTHER SOUR	TES.
	इस ठद्देश्य के हेतू क	दि अन्य सहायता किसी अन्य	स्वोत से लिया गया हो?	
Sr. No. अन्य संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	
1	0865 2000 (-		0001-	

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 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 & 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 प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायशा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहामता गरिर "कोशिका फाउन्टेशन", से शी जा छी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में घर गया है।
- में पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायत हेतु पत प्रार्थन की गई है, उस ग्रांश का आफ्रिक या सकत हिस्सा किसी अन्य फ्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भीतव्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अस्मेरक 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 प्रदत्त पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाका, में (आवेदक) अपनी स्वामित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काठंडरान और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और यो विवरण इस प्रपत्त में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, याजना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्त का विवरण मेरे इलाज के फहते था बाद में करने के लिए "कोशिका काठडेंग्य" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधा या अंगुते का निशान

Mohi

AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमाता इस करर)

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

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.

हआरे अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से सामले-पोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से मितिय सहायता हेरू निफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निग प्रकार से साना व स्वीकार भरते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही घषिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/बिन्ति उक्त के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा पर हेरू कि है। यदि "काशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति औशिक-सकत हेतु मन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बर्धन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रक्त रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग/लेगी।

"कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहस्थत केवल वितिथ प्रकृति को है। होगी पर हस्स्थाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	11/2	OMMENDED FOR ACCEPTENCE बीक्ती के लिए संस्तृति 0.46
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr MAZHAR N. I	Depak Tripathi Administrator Depak Tripathi Administrator Depak Tripathi Administrator Depak Tripathi Depak Tripathi Mohammadiak Haya
	FOR INTERNAL USE	of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताका 2
(5	efergel	lite_