APPLICATION NO.: Interference of the Company of the	APPL		RM FOR ASSISTANCE , आवेदन ग्रारूप	(Health (स्वास्थ्य		Koshika
SET NO.  BASISTANCE BEING ANAILED FOR SPECIAL	APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/00	24/0451	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी 😂 🎉	9129	Building block of life
PRESENT RESIDENCE MORESS (RETAIN STREET STR		V	itori Devi			
DECUPATION: PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्यो अववायीय पाण  SCRETTAL CLS. ADDRESS: A		Koin	Swaroop	e wine supple su		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्याई अववस्थित पता  SUTTLE CLLS CLOVE  COCCUPATION:  (STATE CLLS CLOVE)  (Attach Prior of Income)  (STOTAL ANNUAL INCOME:  (STATE THE THIRD THE CLLS CLOVE)  (STATE THE THIRD THE CLLS THE THE CLUSTERS ASSISTANCE BEING AVAILED (अभिवासिका)  (STATE THE THIRD THE CLLS THE THIRD THE CLUSTERS ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  (Rate Cluster)  (Attach Card Copy)  (Attach C		Iheli.	Rashan nagar	, Khesu,	Reshow	Breed Porte
DOCUPATION : अवसारा । अवसारा   POTAL ANNUAL INCOME : मूल बार्कि आप	nucejarz.		RMANENT RESIDENCE ADDRESS	S : स्याई आवासीय पता		
FORTAL ANNUAL INCOME:	OCCUPATION :	125		above	wateren (Burfet	/ UNMARRIED (STRUTTER)
PARK NO. Leaf State Assessed (Tick whichever is applicable) अव आप आप कर राजा है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  Sr. No. Name of Family Member अप (अवर) हिंदी अप महिला परिवार के सहरवी का गाम अप (अवर) हिंदी अप महिला परिवार के सहरवी का गाम अप (अवर) हिंदी अप महिला परिवार के सहरवी का गाम अप (अवर) हिंदी अप महिला परिवार के सहरवी का गाम अप (अवर) हिंदी अप प्रतिक के सहरवी का गाम अप (अवर) हिंदी अप प्रतिक के सहरवी का गाम अप (अवर) हिंदी अप प्रतिक के सहरवी का गाम अप (अवर) हिंदी अप प्रतिक के सहरवी का गाम अप प्रतिक के सहरवी अप प्रत	TOTAL ANNUAL INCOM	WE:			(Attach Proof of Ir	ncome)
FAMILY DETAILS परिवार विवारण  SSr. No. Name of Family Member  अप संख्या  परिवार के संस्टर के जान जा उच्च (पर्या)  हिंदी  अप संख्या  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  संख्या के तीर्थ प्रमाण पत्र  (Attach Card Copy)  परिवार के तीर्थ प्रमाण पत्र  (प्रमाण पत्र को संख्या मंत्र की संख्या की	ARE YOU AN INCOME	ड्या TAX ASSESSEE (T)	ck whichever is applicable			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  सहानवा के लिये विनित्त आधार  (Attach Card Copy)  परिचार रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलय करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहानवा हे किये गयो विनित्त आधार  (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलय करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहानवा हे किये गयो विनित्त का उद्देश्य:  अन्य कोई साथ्य  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहानवा हे किये गयो विनित्त का उद्देश्य:  अन्य कोई साथ्य  अन्य कोई अन्य सहायां कियो अन्य रखों से लिया गया हो?  अन्य साथ्य  साथ्य का साथ्य  अन्य कोई साथ्य साथयां का जाने?  अन्य साथयां का जाने	स्था आप आप कर चुंधा	ह (आ सान्य हा उस				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनित्र आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरी में रेडा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अव अर्थ अप्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अव अर्थ अप्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अव अर्थ अप्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र अप्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र अप्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र अप्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र अप्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र अप्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र )  ASSISTANCE BEING AVAILED (का प्रमाण पत्र) (प्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण पत्र को स्वाय अप्रमाण के स्वाय		Nam	e of Family Member	Age (Years) उस (सर्व)		Relation with Applicant
Halled के लिये विनिध आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रवि संलान करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरी विनिध को गरी किता के उद्देश:  Sr. No.  अस्य आप प्रवि संलान करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरी विनिध को गरी किता के उद्देश:  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्याजल/डॉक्टर से आरी की गर्म ख्रांतवेदन सूची संलाय  अस्याजल/डॉक्टर से आरी की गर्म ख्रांतवेदन सूची संलाय  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थांत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थांत का गम	प्रम संदर्भ	Airea	tala Rom			
Reliant के लिये विनति आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संतग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरी विनती का उद्देश:  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई ख्रितंदन सूची संतग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई ख्रितंदन सूची संतग्न  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किया गया हो?  Sr. No.  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता छती में गई सहायता छती						
Reliant के लिये विनवि आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रवि संलान करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरी विनती का उद्देश:  Sr. No.  अस्य का अस्य प्रवि संलान करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरी विनती का उद्देश:  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई ख्रीतवेदन सूची संलाय अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई ख्रीतवेदन सूची संलाय  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात की से विनया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  Sr. No.  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  Sr. No.  अस्य स्थात का गया						
Reliant के लिये विनवि आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रवि संलान करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरी विनती का उद्देश:  Sr. No.  अस्य का अस्य प्रवि संलान करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरी विनती का उद्देश:  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई ख्रीतवेदन सूची संलाय अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई ख्रीतवेदन सूची संलाय  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात की से विनया गया हो?  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  Sr. No.  Sr. No.  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?  Sr. No.  अस्य स्थात का गया						
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा को तीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतरन करे।  (प्रमाण पत्र की संतरन करे।  (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संतरन करे।  (प्रमाण पत्र की संतरन करे।  (प्रमाण पत्र को संतरन करे।  (प्रमाण पत्र की संतरन करे।  (प्रमाण पत्र की संतरन करे।  (प्रमाण पत्र की संतरन करे।  (प्रमाण पत्र को संतरन			BASIS for REQUESTING AS सहावता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	ever is applicable)	
प्रशास हेंद्र किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  क्रम संख्या  क्रम संख्या  क्रम संख्या  Assistance being availed for Same "PURPOSE" from Other Sources इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से विस्था गया हो?  St. No.  St	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) आस्प आय वर्ग प्रमाण पव	्राम् इप	tach Copy) घोकता कार्ड	Basis/Proof
क्रम संख्या  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  अस्य उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से दिल्या गया हो?  SI. No.  NAME of OTHER SOURCE  क्रम संख्या  ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  अस्य उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से दिल्या गया हो?  NAME of OTHER SOURCE  क्रम संख्या  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  लो गई सहायता एकी			"PURPOSE" for सहावता हेतु	REQUESTING ASSIST	ANCE:	
L Sunge Sey As SITS COLL PIMMY Jene Cotatert  Assistance being availed for same "purpose" from other sources इस उद्देश्य को हेंगू कोई अन्य सतायता किसी अन्य स्थोत से हिल्या गया हो?  St. No.  NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का गम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता ग्रेगी		अस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई अतिवेदन सुची संलग्न				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गमा हो?  St. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गर्न सहायता गमी	1	lia	gnos18		,	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्त्रोत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED  ली गई सहायता ग्रेनी		0		-	118- Sen	ile Cataract
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  Sr. No.  NAME of OTHER SOURCE  अन्य स्त्रोत का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता उसी					30.00	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गम हो?  Sr. No.  MAME of OTHER SOURCE  अन्य स्थात का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता उशी	t	Sung	eary fle	की ए क	the poor	9 Jens camp
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गम हो?  Sr. No.  MAME of OTHER SOURCE  अन्य स्थात का नाम  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता उशी					/	,
St. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता उसी अन्य स्थात का नाम			ASSISTANCE BEING AVAILED इस उटरेश्य को हेत कोई अ	for SAME "PURPOSE न्य सहायता किसी अन्य	स्त्रीत से स्टिया गया हो?	
1 0000 1-			NAME of OTHER SOUR		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्रे गई सहस्यता राजी	
The state of the s			DBCS			00001-

## DECLARATION by APPLICANT: आवेएक द्वारा योगणा 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रप में दिवं गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक्ष निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता रहति "काॅशिका फाडन्टेशन", से ली जा स्त्री हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृष्टि के लिये किया कायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता तेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/विशेषक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लिया।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवाल इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यप से प्रसारित करने के लिए ऑधिकृत है। मेरे प्रयत्न का निवाल मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेरक को इस्ताक्षर या आंगुडे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (दलकात 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:

 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, इस्ताशरी की ओर से मामलेचोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिद सहावता हेतु सिफारिश की जाती है, निसे हम (इस्पताल) निन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) का कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखोत से उक्त ग्रेनी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायता विनित ऑशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्थाप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त ग्रेनी/मामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विशिध प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा री गई सलड़ या किये गये उपकारप्रिक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं हैं। इस्रलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने को सतरी विम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के लिए सं	स्तति	
Date of Surgery ऑपरेशन की समीख	Dr. Utsav Deep WAR.B.S.M.S UPINITO ROUGH NOVING STATE	Deepak Tripathi Administrator (Narpapashrok essenti hikumasa Signatory Hospitaka alimati Napharama Glassi alimati	
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	ATION आन्तरिक उपयोग हेत्	
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताका ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हास्ताक्षर 2	