APPI	LICATION FORM सहायता हेतू	l FOR ASSISTANI आवेदन प्रारूप	CE	(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika	
APPLICATION No.: V 1021 0 496			APPLI आवेदन	CATION DATE : तिथी	10/10/21	Budding block of life	
NAME OF APPLICANT : Buddirom			,	AGE-YEARS आयु 73	-वर्ष sex लि		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME:	ummegia	\				
Ma	danna,	BLASBORGE ADD		ग्रन आवासीय पता endh9	ln,	PASTE PROTO NERE	
10	Att. Matt	ANENT RESIDENCE ADD	2915	D2		Preop Postop (0496) Buddiram	
			9/201			= (0496) Buddiyam	
OCCUPATION: MARRIED (चाहित) / UNMARRIED (अविचाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	ME: NA	(Stay in)	temp	rle)	(Attach Proof (आय का सा	f of Income) ध्य संलग्न) NA	
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (Tick	whichever is applicable)		Yes / No शं / नहीं			
Sr. No.	Name o	f Family Member	- Control by the control of the	DETAILS परिवार ge (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार	हे सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)		लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये !		ICE (Tick whiche	ver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate {Attach Certificate Co अल्प आय वर्ग प्रमाण प प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संस	icate Copy) (Atta		ion Card ich Copy) क्ता कार्ड छाया प्रति संलम्न को	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
				ESTING ASSISTA			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सची संलग्न						
.0.2400.00	RE-Senile Cotavact						
		LE	_	Tota	Sen	ile Catanact	
					N. C.		
		Surgery	1-(E SI	CS +	ToL	
	Α	SSISTANCE BEING AVAIL					
Sr. No. NAME of OTHER		इस उद्देश्य के हतू की NAME of OTHER SO अन्य स्वीत का				ता? NT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता राशी	
W-1.11991	DBCS	711 35 2 DMM 277	77.E)		2000	Section of the sectio	
	-						

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, 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.
- 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 योषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सती है। यदि कोई विकरण एवं कथन असल्य पाणा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्यता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी ठदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सक्षायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल क्रिस्स किसी अन्य फ्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न शो लिया है और न ही पविषय में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आनेएक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की साप लगाकर, मैं (आसेपक) अपनी सहयित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाठडेशन और ठसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से नुडी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाठडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से ब्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की खाती है, जिसे हम (हम्मकल) निम्न प्रकार से मान्य य स्थीकार करते है।

 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही चिवय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिध उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिध ऑशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउ-देशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचर/प्रक्रिया का चुन्च रोगी एवं हस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिस्ट्रेस और को होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नती होगी।

A STATE	Jr. SUEVAN DANI RECOMMENDED FO					
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/10/21	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्साक्षर व रजि. न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Standary on behalf of Hospital) नाम व पद हस्यताल अधिकारी				
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	OUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्				
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2				
8	fugel	liet				