Mon-c-24-08-1364

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No. : आवंदन संख्या :	M108	24/0505	APPLICATION DATE	108/24	Building block of itte	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		dur Tal	AGE-YEARS HIT	-wi sex fem		
FATHER'S/SPOUSE'S । पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: M	niku lal			THE PLANT	
Bago	Lak . N	PRESENT RESIDENCE ADDRES	क वर्तमान आवासीय पता	ol 2	# MANAGE ET AL 1344	
CnoKana	th Nath	Cheri Offar	Praclesh -	The second second	Porcent Postor	
	P	Salve a				
OCCUPATION :	twine	r .	1	MARRIED (TRITTE) / UNMARRIED (अविवाहित)	
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप		5,000 (damly)		(Attach Proof of Income) (अस का साहब संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाला संस						
क्या आय आय कर दाता	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नह	t		
Sr. No.	T No	me of Family Member	AMILY DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	कर के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	fein	आवेदक के साथ सम्बध	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनरि		iver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्थाप प्रति संसान व	Ration Card (Attach 86py) वर्षभावता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
			r REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उर्दे			
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	District PA = Contact Contagned					
		CF - Service Catanact				
2.	R	E Sungery	stes wi	th finns	land Curp.	
		110				
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्दश्य के हेतू कोई अ	for SAME "PURPOSE" इस सहायता किसी अन्य र	from OTHER SOURCE	ES	
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOU			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED with the state of the		
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम PBCS		2	000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक 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 8 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) में घोषणा करता है कि इस प्राप्तप में दिवें गये सभी विकरण मेरी व्यवस्कारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त को जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता तीत "कोतिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बस गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सजापता होतु गत प्रार्थना की गई है, उस गति का आंतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य झीठनियोजक बीस कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवशेदक 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.
- () इस प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को काप लगाकर, मैं (आकंदक) अपनी सहमांत को चुन्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेंटो और वो विकास इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, यावना/का दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाज को पहले का बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हरतावर या अंगूडे का नितान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमताल द्वारा 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 got 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, हस्ताक्षणी को ओर से मामलेजोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हंतू मिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्मक्षात) निग्न प्रकार से मामलेजोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हंतू मिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्मक्षात) निग्न प्रकार से मामले में लिये मा के रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका काउन्देशन"

से मिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा मंदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता किसी अन्य सम्बंध में "कोशिका काउन्देशन" द्वारा सहायता किसी अन्य सम्बंध में किसी आप सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार मुख्यता है। इस यूप्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त संगीत्मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सध्यन से नही लेगा/लेगी।

2 "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारों रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रसिका या जिस्मेदारों इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेक्स को बायेख UP M.C. W.S. (Name of Dr. Reign. No. 2407.46) (Name of Dr. Reign. No. 2407.46) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व राज्य र जिल्ला के स्थाप होता है स्थाप है स्थाप होता है स्थाप होता है स्थाप होता है स्थाप होता है स्थाप है स्थाप होता है स्थाप होता है स्थाप है स्