mom-c-23-08-1572

	CATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय	CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M 10823 0510	APPLICATION DATE	812823	Duilding block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Longshace	AGE-YEARS 31	पु-नर्ष SEX सिंग	A Page	
PATHER'S/SPOUSE'S N. पिता/कटुम्प का नाम	My Payam Lingth			Washing To Vincen	
Lekpun	Lot pun, Kannu	SS सतमान आवासीय पत		BIE-OP POST -OP	
	PERMANENT RESIDENCE ADDRES		0		
	Same		to Ve		
OCCUPATION :	Homemekan A		MARRIED (Rails	। त) / UNMARRIED (পৰিবারিত)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	\$50001- Ctam	ily)	(Attach Proof of (आय का साक्ष्य		
PAN No. स्थाई साता संख ARE YOU AN INCOME T क्या आप आय कर दाता है	या AX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / N	ही		
		FAMILY DETAILS परिवा Age (Years)	र विवरण Gender	Relation with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवास के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	Prod Cep	33	m	Soh	
9	Anchoma	29.		Doughten intou	
3				0	
	BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTANCE (Tick which वि आधार	hever is applicable)		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण (प्रमाण पत्र की खाया प्रति सं		Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड करे। (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		or REQUESTING ASSIS दुकिये गये विनती का उर			
Sr. No.		Medical Reports/Pres			
क्रम संख्या	अस्पताल/बॉक्टर से जुनी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न मीटाध्या कराष्ट्रि				
1	Hagnasis	A1E	Cheru	le Advanct	
		LIE	Remite	advoice	
	0 0.0				
<u> </u>	Swyery RIE	2518	WITH 1	mma lens camp	
	ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य को हेतू कोई :	D for SAME "PURPOSE अन्य सहायता किसी अन्य	े from OTHER SOURCE स्थोत से लिया गया हो?	ES	
Sr. No. ऊम संख्या	NAME of OTHER SOU अन्य स्वीत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई स्डायता यशी		
	DBCS	DBCS		2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: HIRVE DIT WINN VA

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & origing 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 योषणा करता है कि इस प्रकल में दिहै गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाथ प्राथ जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे झर जो महायश शांत्र "कांशिका क्वान्टेशर", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा यथा है।
- 3) में मुंद्र करता हूँ कि विस स्तामता हेंदू वह प्रार्थन की गई है, उस गाँश का आँशक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा करण्यों से न तो तिया है और न ही भीवध्य में तुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक क्रम 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताकर या अंगते की जाप लगाकर, में (आनंदक) अपनी सारमति की पुण्टि करता हूँ एवं "कांशिका फरडंडेशन और इसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पाल, कोटो और जो निवरण इस प्रपत्न में विशेष की प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रमार का निवरण मेरे इतान के वाले वा बाद में करने के लिए "कांशिका का उड़ेमन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस वाह से सहमत हैं कि मेरा नाग, पता, कोटो और विधरण जो कि सहायद के उद्देश्यों में प्राधित है पूर्व स्वत: सहायता का हकदार उसी बकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिथ और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आयेरक के हस्ताक्षर या अंगृडे या विशान

- RT of PT

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of dur 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, हस्ताक्ष्यों को ओर से भागले ऐंगों को "फोरिका पंतान्तेशन" से जितिय सहायता हेतू सिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तभान और न डो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उसर ग्रेगो/ध्यमले में लेंगे या ले तहे हैं, जैसे कि इसने "कोरिका फाउन्डेंगन"

- में सिरवरिश/विनित जन्म के सम्बंध में "कोशिका फाटन्टेशन" द्वारा मदद हेनू कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक-सकल हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पन्नल किसी अन्य मैं सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का ऑधकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वाट कहा जाता है कि अस्पतान द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतू किसी पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगानरेगी।
- 2. "क्रोशिका फारन्टेशन" से ती रहें बहायता केवल कितिय प्रकृति की है। रोगी पर प्रस्थताल द्वारा दी गई बलाह या किये गये रायचार/प्रक्रिया का जुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलियं इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की मारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी।

		RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	संस्तृति		
Date of Surgery ऑसेंगन की तरीख 14 08 2023	Dr MAZ M.B.E U P M.C	S.M.S.R.Mo. with Stamp) Reg. No a Suri 1 #13. 3.	Anural Mishra Manager Administration [Name, Destination and Property Ambridge Signatory pitalogue Mishra Manager and		
		FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOL	Control Contro		
SIGNATURE of TRUSTEE 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताभर 2		
	Sefer	yel	liert		