mom-c-24-08-1532

APP		RM FOR ASSISTANCE ् आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M1082	40517 AP	PLICATION DATE:	18/24	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Subl	ash	AGE-YEARS SHE			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME:	oh Kan;			THE SHARE THE STATE OF SHARE (ES)	
Sanc	hajoa	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता	Sanday	PASTE PHI	
Nagar	Manda			341467	161609 Perfet	
		Sq Mr 865	_C0.00%			
OCCUPATION :	Faome		to	MARRIED (Braille	(Manual (Manual)	
TOTAL ANNUAL INCO कृत वार्षिक आय	ME: 30,7	1, 000		(Attach Proof of I (आय का साक्ष्य र		
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (T	ick whichever is applicable):	Yes / No			
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उस	पर सही का निशान लगाये।	हां / नहें Y DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Nan परिव	ne of Family Member शर के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहावता के लिये विनति आ		ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षया प्रति मंलग करें।	उपा	tion Card ach Copy) मोक्ता कार्ड सम्बा प्रति संलग्न बरे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
		"PURPOSE" for RE सहायता हेतु किर	QUESTING ASSIST			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सुची संख्यन				
The state of the s						
		0 7	LE	- Serile	Controlact	
	Sur	gery RE	100 0	11th PA	and tous	
-	30	Jeig .	,,,,			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य	SAME "PURPOSE" सहायता किसी अन्य र	त्रोत से लिया गया हो?		
Sr. No. ग्राम संस्था	1	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का भाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्री गई सहायुवा राशी		
T		DRCS			2000/	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पत्र:

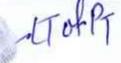
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) 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) में घोषण करत हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विचरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सारी है। यदि कोई विचरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) येरे द्वारा को सहायता गरित "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपकोग उसी उरोध्य की पूर्वि के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में चरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायत होतु वह प्रार्थन की गई है, उस सिंग का आदिक वा सकता हिस्सा किसी अन्य ग्रोशनियोजकाबीमा कप्पनी से न तो लिया है और न ही परिषय में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By afficing 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 प्रथम पर अपने इस्ताकर था अपटे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्क्रमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों 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 "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी ऑपकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्योशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होग्छ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेरक के हस्ताधर या अंगुठे का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमाशि इस करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

हनारे अधिकृत, इन्ताक्षरी की और से मामले-रोगी को "कॉशिका फाउन्हेशन" से चितिय सहापता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इस (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) या कि न तो गांगान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, बैसे कि इसने "कोशिका फाउन्हेशन"

से सिफारिक-पिनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हुए सहायत किसी आदिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में कोशिका परिसारिक से अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधान से बढ़ी लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहापता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पताल प्राप्त दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का भुगव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज मुख्ता और अर्थ जाने की सारी जिम्मेदारी रोगो एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्राप्तने में शही होगी।

		OMMENDED FOR ACCEPTENCE श्रीकृती के लिए संस्तुति Doepak Tripathi
Date of Surgery अमरेशन की करीख 6 0 8 थिप	Dr. Utsav Dec M\B\P .M.S UsinMcG. Bugn Now East as in a sense a	(Name, Designable Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
	FOR INTERNAL USE	of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेत्
S	IGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इनताहर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2
E	Sufungel	liert
SPUT LANGUAGE		