MOM-C-94-03-2598

	NCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखमाल)		Koshika foundation
M/0924/0542	APPLICATION DATE 1	09/04	Building block of life
Brema Devi			
AME: Vidya Shakay			affect affects
	ESS वर्तमान आवासीय पता	Kheni	MICHAEL STATE OF THE PERMICENT OF
	02		how Past
			1
OHME R.	a azeu		
Home Maken		MARRIED (Totalisa	/ UNMARRIED (অবিভারিত)
=: 30,000 (tomily)		(Attach Proof of In (आय का साह्य सं	ncome) लग्न)
	Ves / No		
(जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	हां / नर्ह	1	
Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
परिवार के सदस्यों का नाम रिवन्स्टिटि	32 (au)	ien M	आवेदक के साथ सम्बंध .50%
Maroi	26	М	SOL
BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये कि	ASSISTANCE (Tick which नित आधार	ever is applicable)	
Copy) (Attach Certificate Copy प्रमाण पत्र अस्य अस्य सर्ग प्रमाण पत्र	(Att	ach Copy) मोक्स कार्ड	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
The state of the s	Medical Reports/Presc	riptions Attached	
	The floor for another another	के व्यक्तिक र पार्थी प्राप्ता	
4	स्पताल/डॉक्टर से जारी की ग	हं प्रतिवेदन सुची संसाम Sevalle (a target
Diaghasis	स्पताल/डॉक्टर से जारी की ग र्सिट	Sevill (Gaturael Foract
4	स्पताल/डॉक्टर से जरी की ग RC-	Sevill 1	
Diagnasis	स्पताल/डॉक्टर से जरी की ग RG	Serile (a	twiacf.
4	स्पताल/डॉक्टर से जरी की ग	Serile (a	twiacf.
Diagnasis	स्पताल/डॉक्टर से जरी की ग	Serile (a	twiacf.
Sangeny LE	EVICE SAME "PURPOSE"	Schill G	twact les Comp
Scing City LE	ED for SAME "PURPOSE" अन्य सहायता किसी अन्य प	Serile (4) Serile (4) Serile (4) Final (4) From Other Source Final (4) Final	Hastack Jew Cowlp Es MASSISTANCE BEING AVAILED
Sangeny LE	ED for SAME "PURPOSE" अन्य सहायश किसी अन्य प	Serile (4) Serile (4) Serile (4) Final (4) From Other Source Final (4) Final	tastact les Comp
	सहायता हेत् आनेदन प्रारूप MO9240542 Bueng Devi AME: Vidya 812 Kay PRESENT RESIDENCE ADDRI WILL GLAM PERMANENT RESIDENCE ADDRI Sqlue a PERMANENT RESIDENCE ADDRI Sqlue a Walkey IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य व अग्नेयत हित्त अग्नेयत हित्त कर्षा 03 व अग्नेयत हित्त कर्षा 33 व अग्नेयत	सहायता हेत् आयेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल) MO9240542 STA 2 STATE STA

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, 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 बोचना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी जिकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवाध एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे प्रारा जो सहायता गरिंग "कोशिका फाउ-देशर", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी खेरेण की पूर्ति के लिये किया जागेण, जो इस प्रकार में भार गण है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायक्ष हेतू यह प्रार्थना की गई है, तस सांग्रि का आफिक या संकल दिस्सा किसी अन्य ग्रोत/निर्धायक/बीमा कम्मरी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 प्रयत्त पर अपने इस्ताक्षर या अगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहयति की युष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विकास इस प्रपत्त में मोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रात, यावना/मा दूसरे उद्देश्य से युद्धी गतिविधियों और अपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याव्याम से प्रमासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में काले के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सक्षमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवस्त्य जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बारिशका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाल्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेरक के हस्ताधर या अंगुठे का निप्तान

R7417

AGREEMENT by HOSPITAL (TEVINET SHI WART)

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.
 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 की और से मामसेतीयों को "कोशिका फाउन्देशन" से बिविय सहायता हेतु सिकारिश की आती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही चिवाय में निर्तिय महायता किसी गैर खाकारी संस्थान मा किसी अन्य स्थात से उक्त छेरी/मामले में लेंगे का ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्थम में "कोशिका फाउन्देशन" हाम मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हाम सहावता बिनति आशिकारमकल हेतु सम्बूर नहीं किया जाता है तो अस्मताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्माधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित सकता है। इस पूप्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेग्से।

2. "कॉशिका फाउन्टेशन" में ली गई महायल केवल विविध प्रकृति की है। होगी पर इस्पताल हात थी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का भुनाव रोगी एवं इस्पताल के बोच का विध्य है और "कॉशिका फाउन्टेशन" हारा किसी प्रकार का कोई एकाव नहीं है। इस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने की मारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई प्रनिका या किस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अपरेशन को जरीख (Name of Dr. & Regru No. with Stamp) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory जिल्हा का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory नाम व पर हस्ताल अधिकत) नाम व पर हस्ताल अधिकत। जानिक उपयोग हेत् (Signature of Trustee 1 नामी हस्ताक्षर 1 परिकारिक उपयोग हेत् परिवार 2 रिकारिक परिवार 2