Mom- = 24-09-0344

	CATION FORM FOR ASSISTANCE महायता हेत् आवेदन प्रारूप	(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika foundation	
APPLICATION No.: । आवेदन संख्या :	1/0924/0549-	APPLICATION DATE : /	09/24	Boilding block of life.	
NAME of APPLICANT : आधेदक का नाम	Shyam Pati	AGE-YEARS SHY	-वर्ष SEX लिंग -		
FATHER'S/SPOUSE'S NAI पिता/कटुम्भ का नाम	IDICCOUT NOW			ANE SUMMERT	
	PRESENT RESIDENCE ADDRESS			PROTE PROTE	
15	Kharpur, Khou, E	ehjan		Poll D. 1	
	itter foragesh - 2	61501		Dal Palet	
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	Annual Control of the		16-7	
	Saw as	above			
OCCUPATION :	ome Maker	1	MARRIED (विवाहित	) / UNMARRIED (अक्विहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक अस्य	33,000 (tamily)		(Attach Proof of I (अय का साध्य र		
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX क्या आप आय कर दाता है (	(ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes/No हां/नही			
# W 1		MILY DETAILS परिवार f		Relation with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिकार के सदस्यों का नाम्	Age (Years) ਤਜ਼ (ਕਥੇ)	Gender लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
7.	Ram Richen	US	M	Sen	
	BASIS for REQUESTING ASS सहावता के लिये विनति	ISTANCE (Tick whicher	ver is applicable)		
BPL Card	EWS Certificate	1 Put	on Card		
(Attach Card Co		(Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रम		137 (117)	क्ता कार्ड स्रया प्रति संसन्त करे।	अन्य कोई साक्य	
(ग्रमाण पत्र को सरमा प्रति र	संलग्न करे। (प्रयाण यत्र की छाया प्रति संलग्न करे	। (प्रमाण पत्र का	श्रव प्रक सलन करा	4.00 90 9000	
		REQUESTING ASSISTA क्रये गये विनती का उद्देश		-in	
Sr. No.		dical Reports/Prescri			
क्रम संख्या		ल/वॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	Diagnasis RE - Serile Contaract				
	, U				
		(6-	Strile Cal	Land Maria	
2	2 Surgery Rt SICS with Imma loss Cath				
	J J				
	- Value				
	ASSISTANCE BEING AVAILED ( इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	or SAME "PURPOSE" । । सहायता किसी अन्य स्थ	तेत से लिया गया हो?		
Sr. No. कम संख्या	NAME of OTHER SOURC अन्य स्त्रोत का नाय	The state of the s	AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
जाम संख्या	PROS			7900 /	
- 1,	W 26				

## DECLARATION by APPLICANT: आचेएक क्षरा 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.
- 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.
- 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) मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में रिप्ने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्थायता गरिंग "कोशिका फाउन्टेशन", में शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहापता हेतु पत प्रार्थना की गई है, उस राति का आशिक था सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी सं न तो लिया है और न ही भविष्य में मूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रयत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आबेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि पर "कांशिका फाउंडेतन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फाउंडे और को विवरण इस प्रपट में घोषित हैं, उसे "कांशिका" एवस न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और जपलिख्यों के लिये किसी यो प्रसत्त मध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न को पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (आवेशक) इस बात से सवमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और किवशम भी कि प्रक्रामता के उर्देशमें से प्रधित है मुझे स्थतः सहापता का डकरार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कॉशका" एथम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवंदक के हस्ताधर या अंगूठे का निशान

R1 & P1

## AGREEMENT by HOSPITAL (शस्त्रताल 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 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/रोगों को "कॉशिका फरतन्त्रेशन" से जितिय सहायता हेतू मिकारिश की जाती है, जिसे हम (हम्पताल) निम्न प्रकार से मान्य म स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भीवेष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्वांत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले तो है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन"
से संस्थारिकारिवर्तात उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेहन" इस मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनति आशिकारसकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सं किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्थाद कता जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगारलेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ली गई महायत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इल्लाव सुरक्षा और अपने जाने की सारी विज्ञ्येदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या किस्पेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## Date of Surgery आपरेशन को तारीक (Name of Dr. & Regol No. with Stamp) (Name of Dr. &