Mom- (-24-09-0799

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)					Koshika	
APPLICATION No.: M 0924 05 78			APPLICATION DATE	109 /24	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : Mohdei'			AGE-YEARS	आपु-थर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S N. पिता/कटुम्म का नाम	AME: Ra	m Sahay			THE WHOLE	
qua	n hake	PRESENT RESIDENCE ADDRES	इ वर्तमान आवासीय प		PADIE FOLD AND HAVOLE	
0			Silver merenani	, KLOI.	Broe Dat	
riparawah	· UT	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	9627 o 1	1	Port	
		Same as	above		10	
OCCUPATION: L	01 0 F	token		1 / 22	(
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME			().) / UNMARRIED (अविवाहित)	
कुल वार्षिक आय	27	,000 (family)		(Attach Proof of Ir (आय का साध्य स		
PAN No. स्थाई खाला संख्य ARE YOU AN INCOME TA		Tick whichever is applicable):	Yes /	No		
		स पर सही का निशान लगाये।	हां /	नही		
Sr. No.	Ma	me of Family Member	MILY DETAILS परिव Age (Years)	शर विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या		वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
•	_ S	hiv Kuman	40	M	SOL	
				-		
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति		chever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	V	Ration Card Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र		डपभोक्ता कार्ड	अस्य कोई साध्य	
(प्रमाण पत्र को काषा प्रति संलग्न करे।		(प्रमाण एव की साथा प्रति संलग्न क	iलम्न करे। (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करे।			
			REQUESTING ASSI किये गये विनती का त			
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर मे जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलान Did a hand is RE - Starte (वर्मा) वर्ष					
			CE -	Sewill Cart	N act	
2 .	S	wijery Co	SICS	with Pm	me lent comp	
	- 6.004	0 7		The second second		
	FILE			THE PARTY AND		
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	for SAME "PURPOS न्य सहायता किसी अन	प स्बोत से लिया गया हो?		
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHE		OURCE AMOUNT		HASSISTANCE BEING AVAILED लो गई संक्षापुता राशी	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम		20	100	
1.		(,,,,)			104	

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेटक द्वारा मोगण्ड 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) मैं चोषण करता है कि इस प्रारूप में दिवं गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य पूर्व सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहापता निरस्त को वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली का रही है, दुसका उपयोग उसी इंटेश्य को पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- में पुष्टि करता है कि विस सहायत हैतु यह प्रार्थत की गई है, उस तकि का ऑशक य संकल दिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/सीम कम्पनी में न तो लिया है और न ही भीवाय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेत्स प्रश कार)

- 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगडे की साप लगाकर, में (आनंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो विकाण इस प्रपत्न में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी ग्रांतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवारण मेरे इलाज की पत्रले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम; फा, फोरों और विकाण के कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हरूदार नहीं बनाना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्यासियों का निर्णय ऑवम और बारयकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेरक के हमराक्षर का अंगूडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (THATHER DR WOR)

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 solo & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

हमारे अधिकृत, इस्ताक्ष्मी को ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता इंतु सिकारिश की बाती है, जिसे इम (हस्पडला) तिम प्रकार से बाना व स्वोकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले तो है, वैसे कि इमने "कोशिका काउन्हेशन"

से सिफारिश/विनाहि उपत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा मंदर इंतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सकता विनात ऑशिकासकल हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता हने का अधिकार सुर्यक्षण रहता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्मताल हिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी
गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लंगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई महत्त्वता केवल चितिय प्रकृति को है। गंगी पर हस्पताल द्वार दो गई मलाह या किये गये उपचार/प्रक्तिया का चुनान रोगी एवं इस्पताल में बीच कर विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाक सुरक्षा और आने जाने को सारी जिस्मेदनों रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या किस्मेदारी इस मागले में नहीं शोगी:

Pate of Surgery अपरेक्षन को तारीका Date of Surgery अपरेक्षन को तारीका M.B. B. S. M. S. M. C.O. M.B. B. S. M. S. M. C.O. (Name का ता व व हत्ताचित व रवि व FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 वासी हत्ताचर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 वासी हत्ताचर 1

in the matter.