APP		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप		(Healtho (स्वास्थय दे)	Koshika	
APPLICATION No. : आगेदन संख्या :	V/072	3 0593	APPL	JICATION DATE : न तिथी	21/	07/23	Building block of life	
NAME of APPLICANT	n.	14 4		AGE-YEARS STIT	वर्ष	SEX Rein	1	
आवेदक का नाम	10 at	an singh	- 1	57		M	-03/	
FATHER'S/SPOUSE'S चित्र/कटुम्प का नाम	NAME: Su	Karam -						
		PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS वर्त	पान आवासीय पठा				
Magda,	Payac	lopur, pains	api	WI,			Cara at Cardent	
0	Thist!	ALI YOUTH U.	D.	202123 विश्ववासीय पता			Rreap Aostop	
		same as	ab	ove				
OCCUPATION : व्यवसाय	L	abour			MAS	रशास्य ,विवाह	त) / प्राथमाहरू (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कृत वार्षिक आप	ME:	4800001-			(Att	ach Proof of	Income)	
PAN No. स्थाई स्त्राता स		TK UUUI -			(3	ाय का साक्ष्य	सलग्न) 🗸 🛧	
		(Tick whichever is applicable):	_	Yes / No	_			
क्या आप आय कर राता	है (जो मान्य हो र	ास पर सही का निशान लगाये।		हां / नही		1 -		
			AMILY I	DETAILS परिवार वि	ववरण			
Sr. No. क्रम संख्या		ime of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम		ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग		Relation with Applicant	
57.00	1	रबार का संस्ट्रिया का नाम		58 (34)		1614	आवेदक के साथ सम्बध	
	+							
			_		_			
	-							
	_		_		_			
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विना	SISTAN	NCE (Tick whicheve	er is a	oplicable)		
BPL Ca	rel .	AMERICAN AND ARTHUR	39140	75.74	72.7			
(Attach Card	Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	- 1	Ration Card (Attach Copy)			Any Other	
गरीबी रेखा के नीचे		अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड		f	Basis/Proof	
(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न			मे।	(प्रमाण पत्र की ज्ञाया प्रति संलग्न करे।			जन्य कोई सांस्य	
				ESTING ASSISTAN पे विनती का उद्देश्य				
P. H.								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached							
201.000	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलान BE - Catavact							
		Mr.		Catto	101	+		
						-		
	_	LE.		Catas	100	+		
	100	and the second			_		4	
	117	(Surgery	_	(PE) -	-5	ICS.	+ PMMA	
		0 0			_			
		100000000000000000000000000000000000000						
		ASSISTANCE BEING AVAILED I	or SAM	ne "PURPOSE" fro ता किसी अन्य स्वोत	m OTE में लि	ER SOURCE या गया हो?	S	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या					ली गई सहायता ग्रंशी			
14	DBO				20	00/		
	_							

DECLARATION by APPLICANT: असंदक द्वसा पांपणा 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 solemnty 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) में धोषण करत है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी कानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रया जाता है तो मेरी सहायत निसन्त की जा सकती है।
- मेर द्वार जो महायता राति "कोशिका फाउन्टेशन", से लो जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायत हेतु पढ प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक या सकल विस्ता किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (असमेरक प्राप 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 प्रवश पर अपने इस्ताक्षर या अंगते को छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सक्रमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, माचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रवादित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रदत्त का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्वोतिका" एवम् उसके न्यासिकों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेटक के इस्तावर का अंगूर्त का नियान

AGREEMENT by HOSPITAL (४मशास द्वरा 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

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.
इस्कर अधिकृत, इस्लाइरी औं और से मामले/गोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु हिस्कारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार फरते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही घविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखेत से उक्त ग्रेगी/यामले में लेंगे च ले खे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" में सिफारिश/विनति उल्ल के सन्वथ में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किच जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गीर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्हेशन" से ली गई सहायश कोवल विशिय प्रकृति की है। ऐंगी पर हस्पताल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं हस्पताल

के बीच का विश्वय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सती जिन्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चूपिका या जिम्मेदारी इस चागले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR DR SMRAT ON स्वीकृती के लिए	THE STEPANDANION			
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख १२/०२/२३	MEBS, MS 18840 (Name of Dr. & Regn. No: with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताकर व रहि. न.	(Name, Designation & Starty of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ মুহ ভ্ৰমবাল অধিকৃত্ত অধিকাতী			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	DUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्			
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तावार 2			
ξ	refungel	lile_			