G	Mom-c	- a.		1303	<b>8</b> 1	
	ATION FORM FOR ASSIST हायता हेतू आवेदन प्रारूप	ANCE	(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika	
APPLICATION No.: M	10924/0603	आवेदः	ICATION DATE :	189	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	lsha peni		AGE-YEARS SITS	and SEX feirs	A O	
FATHER'S/SPOUSE'S NAM पिता/कटुम्म का नाम	E: 1: 0 1			1	H. Contract	
विकास कर नाम	MUHLI Baby PRESENT RESIDENCE	ADDRESS वर्त	मान आवासीय पता		O A PASTE PH - STATE OF STATE	
Babupun	Post Babupun	grant	No.ft	Kheni,	Propaste Pt Q_ Gal	
SUNGENT		2	62803		LONG	
	PERMANENT RESIDENCE		०५६			
	301100 00	3 40				
OCCUPATION :	one maken		á	MARRIED (Faulde)	UNMARRIED (অবিবাচিত্র)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कल वार्षिक आय		1 ).	11.	(Attach Proof of Inc (आय का साध्य संल		
कुत वादक आप PAN No. स्थाई खाता संख्या	25,000 - wil	t fam	44	f + 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 1	56.546.1	
ARE YOU AN INCOME TAX	ASSESSEE (Tick whichever is applic जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगा	able):	Yes / No हां / नही			
क्या आप आप कर प्रताह (	जा मान्य हा उस पर सहा का राज्यान संगा		DETAILS परिवार 1			
Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	/	Age (Years) তমু (বর্থ)	Gender लिन	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
क्रम संख्या	पारवार के सदस्या का नाम		da (44)	icit	*4470 5 447 5 55	
		10 12				
		63				
	BASIS for REQUE सहायता के	STING ASSISTA लिये विनति आपा	NCE (Tick whiche	ver is applicable)		
BPL Card	EWS Certific	cate	Ration Card		Any Other	
(Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्रम			(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
(प्रमाण एउ की काया प्रति र		ति संलग्न करे।	(प्रमाण पत्र को	स्रया प्रति संलग्न करे।	3030 3000 3000	
	"PUR	POSE" for REQ	UESTING ASSISTA गर्मे विनती का उद्दे	NCE:		
6-16- T			al Reports/Prescr			
Sr. No. क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	Dingnosis RE				Senile catanac	
	- 0			1110		
				1.2		
	Sungary	RIG	2272	with Pan	ma lens ram	
	- Y-J	(-				
	ASSISTANCE BEING	AVAILED for S	AME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	3	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहस्यता किसी :				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
Co Mo	अन्य स्त्रीत का नाम			वि गई सहायता वसी		
Sr. No. क्रम संख्या					ला ग्रह सहायवा चरा।	

,

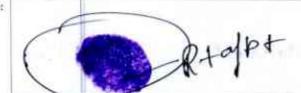
## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार मत्य एवं सही है। यदि कोई विकाण एवं कथन असल्य प्रया जात है जो मेरी सहापता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायक्ष गाँव "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा खी है, उद्देशक उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में पर गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकेल विस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में सूँगा।

## 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 प्रयत पर अपने इस्ताक्षर या अगठे की क्राप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउँडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवरण इस प्रपत्र में फोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, याचना मा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गरिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रस्तर माध्यम में प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के महाले या बाद में करने के लिए "कोशिका जाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का विशेष और बाध्यकारों होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदस के हास्तावर या अंगूते का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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. 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, हस्ताक्षण की ओर से मासलेशोगों को "कॉरियका काउन्हेशन" से विधिय सहायता हैंदू सिफारिश की आते हैं, जिसे हम (हम्पशाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही व्यविष्य में विशिय सहायता किसी मैर संस्कारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लोगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश-विनीट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" हात संस्थ पाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकार विनीत ऑशिक-सकल हेंदू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुर्यका रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्यताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंदू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायत केवल वितिष प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो मई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का बाँई दवाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इल्हेंब सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की बीच "काशिका या जिम्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery अपरायन की खरीख (Name of the company) with Starte B9 11 (Name of the c