					** .
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika
APPLICATION No.: M 09240614 APPLICATION DATE: अप्रेट्न संख्या : अप्रेट्न संख्या :					Building black of life
NAME OF APPLICANT : AGE-YEARS आयु-विष SEX लिंग जानेदक का नाम Jamuna Devi					
ATHER'S/SPOUSE'S NAM पता/कटुम्प का नाम	Ram & waxon				CARE TRIFLITE DELLI ANT DELLI DELLI
Khuyi	PRESENT RESIDENCE	ADDRESS 1174	वाग्रह के रा	1 Ullan	Coll Past
	PERMANENT RESIDENCE	ADDRESS : स्या			000
	X MADE CLX	-CAILE			
TOTAL ANNUAL INCOME:				MARRIED (निपारित) / UNMARRIED (अविपारित) (Attach Proof of Income)	
AN No. स्याई खाता संख्या	10, 800 1-faml	7		(आय का साक्ष्य र	र्मलग्न)
RE YOU AN INCOME TAX या आप आय कर दाता है (व	ASSESSEE (Tick whichever is applica बो मान्य हो उस पर सही का निशान लगा	पेर	Yes / No झाँ / नहीं ETAILS परिवार		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिचर के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender सिंग	
0			3000		
	BASIS for REQUES सहावता के र्र	लये विनित आधार	ICE (Tick whiche	iver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Cop गरीबी रेखा के नीचे प्रमा (प्रमाण पत्र की छाबा प्रति सं	y) (Attach Certificat ण पत्र अल्प आप वर्ग प्र- लग्न करें। (प्रपाण पत्र की छाया प्री	Assert Carlot Area and Table Village		tion Card ach Copy) गेक्ता कार्व छाया प्रति संलग्न करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		POSE" for REQUI	ये विनती का उद्दे	रय:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारों की गई प्रतिबंदन सुनी संलग्न				
	Diagnosis 11t garrie cotanou				
	Surgery	ŲE_	- 2372	with Pa	nma len amp
	ASSISTANCE BEING	AVAILED for SAI	ME "PURPOSE"	from OTHER SOURC	ES
Sr. No.	POTENTIAL CONTRACTOR OF THE PO			वीत में लिया गया हो?	of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशी
क्रम संख्या	DBCS			20001.	

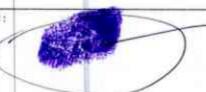
DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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/canos. 'ation.
- 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) में घोषणा करता है कि इस आरूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाम जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्वापता ग्रांत "कोशिका फाउन्टेशन", से शी का खी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बग गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायद हेतु वह प्रार्थन की गई है, उस स्तिशं का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोतानियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लेंगा।

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 पा अपने इस्ताक्षर पा अपने की छाप लगाकर, मैं (आनेएक) अपनी सहयित की चुण्टि फरता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेंगन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निकरण इस प्रपत्त में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नेयासी, दान, मानदात्वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इस्ताज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवेरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इस्ताका या अंगूटे का निशान



Rtolpt

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
हमते अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से व्यमक्षेत्रीयों को "कांशिका फाउन्टेशन" से विविध सहापता हेंदू सिफारिश की काती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य य अविकार करते हैं।
1) यह कि न तो कांचान और न ही भविष्य में जितिय सहायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त गोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन"
से सिकारिश्तिनीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद तेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा महायता दिनीत औराक/सक्तल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है वो अस्पताल
किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुर्गक्षित स्वता है। इस यूष्टि में स्वप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी
गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाठ-डेशन" से तो गई सहायता केवल विटिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुन्न रोगो एवं इस्पताल के बीच कर विषय है और "कोशिका फाउन्येशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगों एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूगिका या जिस्मेदारी इस यागले में नहीं होगी।

##