APPLIC 4	ATION FOR	MOM - C - ' M FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप	(Healtho (स्वास्थय दे	are)	Koshika foundation	
CATION No. : संख्या :	4/092	40631	PPLICATION DATE : श्रेदर शियो प	109/24		
of APPLICANT :			AGE-YEARS SE	-वर्ष 'SEX सिंग		
का नाम	Thanpa	rtri	66			
R'S/SPOUSE'S NA! टुम्प का नाम			1	NA Yi	ME DOR HOLE AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF	
5-1 411 111	OIC.	RESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता	Ho, kheri	PASTE PH Q 1	
Manyot	19 . 13+1	RESENT RESIDENCE ADDRESS UND MANKAPU AN INCOLLE	262701		Porle 1695	
- 0	PER	MANENT RESIDENCE ADDRESS	स्थाई आवासीय पता	=		
		ime as abou	•			
				MARRIET (Balke)	/ UNMARRIED (अधिवाहित)	
PATION: H	one M	akon .		(Attach Proof of Inc	come)	
L ANNUAL INCOME वार्षिक अस्य	30,00	TOI- kiny		(आय का सास्य संत	तान)	
क प्रथम ज्ञान संख्य	1		Yes / N	0		
YOU AN INCOME TA बाप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उस	ck whichever is applicable): पर सडी का निशान लगाये।	र्हा / न MILY DETAILS परिवा			
	FA Name of Family Member परिचार के सदस्यों का नाम		Age (Years)	Gender	Relation with Applicant आगेदक के माथ सम्बंध	
Sr. No. क्रम संख्या			उप्र (वर्ष)	स्तिग	Lon	
6	anganeshyam		25	Μ-	404	
	- 0					
		BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick white	chever is applicable)		
		सहायता के लिये विना	त आधार		A Other	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड	Any Other Basis/Proof	
		आस्य आय सर्ग प्रमाण पत्र	अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र । पत्र की ग्रामा प्रति संसार करे। (प्रमाण पत्र की		अन्य कोई सास्य	
(प्रयाग पत्र की छापा प्र	ति संलग्न करे।	1.8000000000000000000000000000000000000				
		सहायता हेत्	r REQUESTING ASS किये गये विनती का	वर्ददश्यः		
P. No.	1		Donnete Dre	secriptions Attached	4	
Sr. No. फ्रम् संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलगन				
	Dingi	Dingnasis UE Sonile catamact				
					1	
		गह रन	cs with	Prima 1	em camp	
	Gura	1/2 31				
		0 0		1		
				OSE" from OTHER SOU	RCES	
		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for SAME "PURPO	कार को किया गया हो	?	
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उर्दश्य के हेतू कोई	Stud William Layur .	भन्य स्त्रोत से लिया गया हो AMOU!	IT OF ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्या		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू कोई NAME of OTHER SO अन्य स्त्रीत का प	URCE	प्रन्य स्त्रोद से लिया गया है AMOUN	et of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहाबता यशी	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा योपना पत्र:

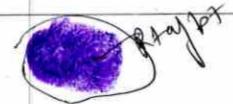
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) i solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी जनकारी के अनुसार साथ एवं सारी है। यदि कोई विवास एवं कथन असत्व पाया जाता है तो मेरी सहस्वत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहाबता रहिर "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी औरय की पूर्ति से लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत चेतु वह प्रार्थना की गई है, उस गरि का अशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोत-नियोजक बीमा कस्मनी से न तो तिया है और न ही सविषय में तूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवदक 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की काय लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में थोंपत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यान, पायन/पा दूसरे उन्देश्य से जुड़ी गॉलिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण भी इशाज के पहले या बाद में काले के लिए "कोशिका फाउंडेसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (जावेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उर्देश्यों से प्रार्थित हैं मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION अर्थाप्य को इस्तावर या अंगूर का निशान



## 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

2) The assistance from Koshika Foundation is only infancial in nature. The choice of the treatment procedure advised conducted by the Hospital of 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 ऑफ्कुट, हस्ताक्ष्यों को ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारित की बतती हैं, जिसे हम (हस्यतान) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में मिलिम सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्थोत से अबत रोगी/पायले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

ऐ सिफारित/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गरद हेतु कि है। धाँद "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायता विनित्त आहित सम्बन्ध हैं पुरुष्ट में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य स्थान से नहीं लेगा/लेगो।

2. "कॉशिका फाउन्डेंशन" में ली गई महाम्मा केवल वितिथ प्रकृति की है। सेगी पर हम्पताल द्वार हो गई मलाह या किये गये उपधारप्रक्रिया का चुनाल सेगी एवं हस्पताल के चीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेंशन" द्वार कियो प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी सेगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिन्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## Date of Surgery आंपरान को आपेख | Depair ripathi Anthorstick Signatory | Name of District a this | Name of District a this