				T		
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)					Koshika	
APPLICATION No. :	M/1124/1		APPLICATION DATE	- 1104	Building Nov's of Ma	
आवेदन संख्या :	13/1121	77	आयेदन तिथी	5/11/29		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		Chandra	AGE-YEARS	आयु-वर्ष sex लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	Chavir	ath		- 20	Contacherant	
	neyt	PRESENT RESIDENCE ADDRESS HO KHUHO DHOUWHOHO KI'U DI HOW DHOU RMANENT RESIDENCE ADDRESS	0087 PHO	Tidhow Zila	Pallot Pastol	
OCCUPATION:	DE.	farme		MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO	ME: -/			(Attach Proof of Inc		
भुल वार्षिक आप	30	1,000		(आय का साक्ष्य संस		
PAN No. स्थाई शाता स		1	277	W		
FILE STOLEN INCOME	श्रि (जो मान्य हो उस	lick whichever is applicable): १ पर सही का निशान लगाये।	Yes /			
		FA	MILY DETAILS परिव	शर जिवरण		
Sr. No.	Nan	ne of Family Member	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender हिर्मग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
क्रम संख्या	qie	शर के सदस्यों का नाम	39 (44)	101	आवर्क के साथ सम्बद	
D	NIT	esh kuman	- 15	M	Joh	
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	ISTANCE (Tick which	chever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संस्पन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सत्या प्रति संतप्त को	(4	Ration Card Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड की छाण प्रति संतन्त्र करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
	-		REQUESTING ASSI कये गये विनती का उ			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	0	अस्पवाल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न चित्रकारकोठि				
	Riazzr	19912	TILE CONTAINS			
				yE sen	ile cateriact	
	Surgery CIF SZCS with forma lens comp					
	1	J				
		ASSISTANCE BEING AVAILED I	or SAME "PURPOS	E" from OTHER SOURCE		
		इस उर्देश्य की हेतू कोई अन् NAME of OTHER SOURC			ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्या	अन्य स्थोत का नाम			ली गई स्हायता राशी		
- Intell		PBU		Povo		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रांतपा 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 salemnly 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 यांपणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये वसी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। मेरे कोई विकाल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महाबता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायतः गति "कांशिका क्रुकेट-देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जागेगा, जो इस प्रकप में पर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हैं। यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही मिल्म में लेगा।

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 प्रथत पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की द्वाप लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कारिशका फाउंडेशन और उसके न्यासीमाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फाउं और वो विवास इस प्रपत्न में प्रोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वावना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार कर के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या कद में करने के लिए "कोशिका वाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस कत से सहमत हूँ कि मंद्र नाम, पता, परोद्रों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोंताका" थान् उसके न्यांसियों का निर्मय ऑतंय और खण्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनेरक के हस्ताधर या अंगूते का निशान

that by

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से नामले रोगी को "कोशिका काउन्हेशन" से वितिप सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमार और न ही श्रीवध्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कॉशका फाउन्डेशन" से सिफारिक/विनित तकत के सम्बंध में "कॉशका फाउन्डेशन" इस महायता विनित लिंगिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय गरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल ग्राय यो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वार कियी प्रकार का कोई स्थाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई श्रीमका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Dr MAZHAR N. KHAN **Date of Surgery** ऑपरेशन की लागिक (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Natche of Dr. & Regtr, No. with Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 1 न्यासी हमताक्षर 2