APP		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika
PPLICATION No. : वेदन संख्या :	M/1124	10796	APPLICATION DATE :		Building block of life.
ME of APPLICANT देक का नाम	7ahic	HUS9 in	AGE-YEARS STI	ध्वर्ष (SEX तिंग	
THER'S/SPOUSE'S एकटुम्प का नाम		amord Huse PRESENT RESIDENCE ADDRESS	un .		PARTY PARTY - 2 MYD MUCHN
	ood bou	So thigoth	Handoi,	, ,	PASTE PHO SANTONUSEN
U	Havi f	Hadesh - 91 ERMANENT RESIDENCE ADDRESS SAINO QU	1407 इ. स्थाई आवासीय पता a.bo ue		tontet
CUPATION :	tom	1.6		MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
TO MANUAL INCOME:			(Attach Proof of Income) (आप का साक्य संलग्न)		
N No. स्थाई साता स E YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable):	Yes / No		
आप आय कर दाता	। है (जो मान्य हो उ	स पर सडी का निशान लगाये।	हरं / नहीं MILY DETAILS परिवार		
Sr. No. क्रम संख्या	Na VI	me of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
		BASIS for REQUESTING AS संहायता के लिये किनति	SISTANCE (Tick whiche । आधार	over is applicable)	
BPI, C: (Attach Caro गरीबी रेखा के नी (प्रमाण पत्र को साथ	d Copy) मे प्रमाण पत्र	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छामा प्रति संसरन व	Rai (Att.	iver is applicable) tion Card ach Copy) रोक्ता कार्ड अया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Care गरीबी रेखा के नी	d Copy) मे प्रमाण पत्र	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की उत्तम प्रति संलग व	Rai (अमाण पत्र की REQUESTING ASSIST	tion Card ach Copy) ग्रेक्ता कार्ड आया प्रति संलग्न करे। ANCE:	Basis/Proof
(Attach Care गरीकी रेखा के नी (प्रमाण पत्र को साथा Sr. No.	d Copy) मे प्रमाण पत्र	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रयाण एक (प्रयाण एक की छापा प्रति संसरन व "PURPOSE" for सहायता हेतु	Ration (अमाण पत्र की (अमाण पत्र की स्वयाद्य किये गये विनती का उद्दे	tion Card ach Copy) रोक्ता कार्ड छाया प्रति संलग्न करे। ANCE: स्प:	Basis/Proof
(Attach Care गरीकी रेखा के नी प्रमाण पत्र को संख	d Copy) मे प्रमाण पत्र प्रति मंतरन करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रयाण एक (प्रयाण एक की छापा प्रति संसरन व "PURPOSE" for सहायता हेतु	त्राधार (Att उपा ने। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्दे	tion Card ach Copy) रोक्ता कार्ड छाया प्रति संलग्न करे। ANCE: स्प:	Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Care गरीको रेखा के नी (ग्रमाण पत्र को साथा Sr. No.	d Copy) मे प्रमाण पत्र प्रति मंतरन करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण एक (प्रमाण एक की उत्तम प्रति संलग्न क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्प	Rai (Att. उपम् ते। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSISTS किये गये विनती का उद्दे	tion Card ach Copy) शेवला कार्ड अप्या प्रति संलग्न करे। ANCE: १प: iptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संलग्न	Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Care गरीकी रेखा के नी (प्रमाण पत्र को साथा Sr. No.	d Copy) मे प्रमाण यत्र प्रति संतरन करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण एक (प्रयाण एक की कामा प्रति संलग्न क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्यत	Rai (Att. उपन त्या (अमाण पत्र की REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्दे ledical Reports/Prescr शल/डॉक्टर से आरी की ग	tion Card ach Copy) सेवता कार्ड आया प्रति संलग्न करे। ANCE: स्प: iptions Attached ई प्रतिवंदन सूची संलग्न	Basis/Proof अन्य कोई साक्य CONTROL
(Attach Care गरीकी रेखा के नी (प्रमाण पत्र को साथा Sr. No.	d Copy) मे प्रमाण पत्र प्रति मंतरन करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण एक (प्रयाण एक की कामा प्रति संलग्न क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्यत	Rai (Att. उपन त्या (अमाण पत्र की REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्दे ledical Reports/Prescr शल/डॉक्टर से आरी की ग	tion Card ach Copy) रोकता कार्ड छाया प्रति संलग्न करे। ANCE: स्प: iptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संलग्न	Basis/Proof अन्य कोई साक्य
(Attach Care गरीको रेखा के नी (ग्रमाण पत्र को साथा Sr. No.	d Copy) मे प्रमाण यत्र प्रति संतरन करे।	सहायता के लिये विनरित EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रयाण एव (प्रयाण एव की छापा इति संसरन व PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्यः	Rate (Att. उपन त्या (अमाण पत्र की (अमाण पत्र की का उद्दे किये गये विनती का उद्दे ledical Reports/Prescr शल/डॉक्टर से आरी की ग	tion Card ach Copy) रोकता कार्ड आया प्रति संलग्न करे। ANCE: स्प: iptions Attached ई प्रतिवंदन सूची संलग्न	Catavact catavact
(Attach Care गरीको रेखा के नी (ग्रमाण पत्र को साथा Sr. No.	d Copy) मे प्रमाण यत्र प्रति संतरन करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रयाण एव (प्रयाण पत्र की कांधा इति संसरन व "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्यत	Rai (Att. उपा त्या (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्दे ledical Reports/Prescr वाल/डॉक्टर से जारी की ग स्ट्रिटि प्रिटि	tion Card ach Copy) रोजना कार्ड आया प्रति संलग्न करे। ANCE: स्प: iptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संलग्न	Catavact catavact

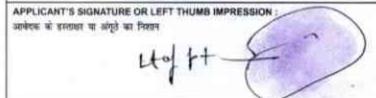
+

DECLARATION by APPLICANT: आसेरक द्वार प्रोपण 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) में योषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिवं गये सभी विकरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं साडी है। पदि कोई विकरण एवं कथन असरण पाना जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वार जो सहायत राति "कोशिका फार-देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि दिस गहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, दस गति का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेळानियोजक/बीमा कम्मणी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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 प्रथम पर अपने हस्ताधार या अंगर्ड की ग्राय लगाका, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेलन और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और जे विवरण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, वाचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयम का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी ऑधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोट्टे और विधरण जो कि सहरवता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहरवता का उकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोर्जनका" एवम् उसके न्यासिकों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFICIENT GITO WITK)

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, हम्ताक्षरी को ओर से मानले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जातो है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पश्चिम में विविध महायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे था ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका पाउन्डेशन" से सिफारिक/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मार होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रखता है। इस पूष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्टेंशन" में ली गई सहायता कोचल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विभय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई दबाव नहीं इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रविका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए	The state of the s		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr MAZHAR N. KHAN M.B. S.A. KN9/1/CO U(Martha of Dr. Resource) with Stamp) state at 114 d (Mart at 114 d	Or Shant Eye (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Desail of Hospital) নম ৰ ঘৰ ভ্ৰমনাল অধিকৃত অধিকাৰ্য		
7.6-4	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUR	NDATION आन्तरिक उपयोग हेतू		
SIG	SNATURE of TRUSTEE 1 -पालो हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
E	refugel	lich		