`,	N	on- (-21 -	11-	1603		
75754	सहायता ह	ORM FOR ASSISTANCE त् आवेदन प्रारूप	(Healtho		Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/112	4 0835 APPI	HERT 13	11114	Building block of life.	
NAME of APPLICANT			AGE-YEARS	-वर्षे SEX सिंग	000	
आवेदक का नाम	Nou	ishan	77	f		
FATHER'S/SPOUSE'S	NAME:	10111			THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	
पिता/कटुम्प का नाम -	Sor	PRESENT RESIDENCE ADDRESS TO	com somethin may		0.01	
		acidi isrigia i	Shah	awaban	Property PHOTO HERE SA	
utto	OH PH	aclesh - 213331 ERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 23	वर्ष आस्त्रातीय राजा			
			DO WE			
DCCUPATION:	Home	make.) / UNMARRIED (এবিবারিন)	
TOTAL ANNUAL INCO	IME :	1000 1 Jamely		(Attach Proof of Ir		
PAN No. स्थाई खाता स	सस्या	100		fact of med o	91046	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नही			
tal out and an an alm	0 (40 40 4 00 4	THE CONTRACT OF THE CONTRACT O	DETAILS परिवार			
Sr. No. ऋम संख्य	Name of Family Member परिचार के सदस्यों का नाम		Age (Years) Gender		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
	3	रकार के सदस्या का नाम	उम्र (वर्ष)	सिग	अध्यदक का सहस्र सन्दर्भ	
	_					
				8		
		BASIS for REQUESTING ASSISTA सहस्पता के लिये विनति अस्था		ver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate Rati		ion Card	Any Other	
		(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रयाण पत्र			Basis/Proof	
(प्रमाण पत्र की क्राया प्रति संतरन करे।		(प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलन्न करे।	(प्रमाण पत्र की सत्या प्रति संलग्न करे।		अन्य कोई साक्ष्य	
		"PURPOSE" for REQU	I JESTING ASSISTA	INCE:	1	
		सहायता हेतु किये ग				
Sr. No.				ptions Attached	7.	
क्रम संशव	Donor	अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न RIE अस्पता (१०३व) प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	10:031	10.			0	
	RIE Schile Catallant					
	ALLHARHU RIE (SIR) WITH BOYONG PRIJ COMP					
	Sury	The same of the sa				
	-					
		ASSISTANCE BEING AVAILED for SA इस उद्देश्य के शेत्र कोई अन्य सह	ME "PURPOSE"। पता किसी अन्य क	rom OTHER SOURCE	s	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE				ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम		ली गई सहायता राशी		
		Dpr 3		X000		

H

j

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा योगणा 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 solemnty confirm that assistance 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 har a 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 asset.
- 1) में प्रोषणा करता हूँ कि इस 🗉 में दिये गये सभी विवरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी खात्रयता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो महाचता ग्रांत (का फाउ-बेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में मा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस शामता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य फ्रोत: नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँग।

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/schievements. 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 हालाधर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आयेरक) अपनी महमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्यद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिवृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, जोटो और खे जिल्ला इस प्रयत्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमारित करने के लिए अधिवृत है। मेरे प्रयत्न का विवारण मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ोमन" व न्यासी अधिवृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मंद्रा नाम, फोटो और विवरण जो कि सहस्वता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का डकच्य नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके आसियों का निर्णय अंतिम और खध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेटक के इस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Rajoz

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पतान क्रम करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatury for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

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.

हम्मां अधिकृत, इस्ताधारी को आंग से माम्मानंत्रीयी को "कोशिका काउन्देशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तनान और न हो भविष्य में वितिय महायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से लिफारिक/फिनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हुए। महद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हुए। सहायता किनीत आशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्रावत रखता है। इस पृष्टि में स्वयंत कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय क्दर उक्त रोगी/फायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" में तो गई सहायका केवल विशिव प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का बुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किमी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये तस्पताल में रोगी के इलाक सुरक्षा और आने वाने की सारी किम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्योक्ती के लिए संस्तृति Date of Surgery अग्रिशेश को नागेश के लिए संस्तृति Or MARTINE MANAN (Name Disprish of Assartion Authorised Signatory) on behalf of Hospital) FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 अग्रिशेश के नाम व पर हस्याल अधिकृत अधिकारी SIGNATURE of TRUSTEE 2 अग्रिशेश हम्ताक्षर 2 अग्रिशेश के नाम व पर हस्याल अधिकृत अधिकारी SIGNATURE of TRUSTEE 2 अग्रिशेश हम्ताक्षर 2