APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)							Koshika		
APPLICATION No.: M11240 865 APPLICATION DATE:							Building block of life.		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Ramavo	A.i	The second second second	AGE-YEARS SIIS			7		
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम	AME: Rosch	an Ial	RESS VI	पान आवासीय पता			THE RESIDENCE IN COLUMN TWO IS NOT THE RESIDENCE IN	Maust	
Chattipu	PROJECT	H - 90 90 2 AMENT RESIDENCE ADD	RESS: स्य	र्ह आवासीय पता	wi, sauk	Daesot	and the same of th	101	
occupation:	am mak	ame as	-d/b	) we	MARRIED (R	वाहित) / UNMAR	NED (अविवाहित)		
OTAL ANNUAL INCOME मूल बार्षिक आप AN No. स्थाई खाता संख	25 1 m	()	14)	V.	Attach Proc	f of income) एवं संलग्न)			
	AX ASSESSEE (Tick	whichever is applicable) सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / नहीं	1				
			FAMILY	DETAILS परिवार	विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम			ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender ਜ਼ਿੰग	Rei Si	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध		
					1 7				
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	G ASSISTAI विनति आधा	NCE (Tick whiche	ver is applicable	9.			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति मोतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अत्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सापा प्रति संस्थन करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभावता कार्ड (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संतान करे।		dı.	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
	,			ESTING ASSISTA ये विनती का उद्दे					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न								
	1210g 10814 US				senule Consumact				
	0			цĿ	senile	cata	dr		
					Tella .				
	Swiger	J HE S	100	ω	th	RMMq	lens	Can	
	A	SSISTANCE BEING AVAI	LED for SA	ME "PURPOSE" (	from OTHER SO	URCES			
Sr. No. क्रम संख्या	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य श NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता ग्रशी				
	Discs				O 000	0			
						1			

## DECLARATION by APPLICANT: आवंदक 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/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 पोषण करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। पदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महायता राशि "कोशिका फाउन्बेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जानेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहापक डेंदु यह प्रार्थन की गई है, उस सिक का आंतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में सुँग।

## 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 Truslees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- () इस प्रयत्न पर अपने इस्ताधर या अंगर्ट की खाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमारि की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका कार्यक्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चम्म, पता, फोर्ट और जो विकास इस प्रपत्न में खीकत है, उसे "कॉलिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करते के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इत्ताज के पहले या कार में करने के लिए "कॉलिका काउड़ेसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आणंदक) इस कात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, परंदों और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL ( FEMILE SIN WIT)

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, हस्ताकारे की ओर से मामले रोगी करे "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की आती हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही धाँवण्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्त्रोह से उका रोगी/मामले में लेंदे था तो रहे हैं, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो सहायता विनति आहितक/सकल हेतु सन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्याधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्धित रखना है। इस पुष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।
- 2. "कॉशिका फाठन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का भुनाव रोगी पृषं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाठन्डेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई रक्षाव नहीं है। इसिंगचे इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा-और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्थीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अपरेशन को तांग्रेस

M. BISE EMPACO
(Name, Detachasin & Stampet Richards of Signatory
(Name, Detachasin & Stampet Richards of Hospital)

The first of the state of Signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 1

THE STATE OF TRUSTEE 2

THE STATE OF TRUSTEE 2