-					
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Health (स्वास्थय		Koshika
APPLICATION No.:	M/122	1 10924	PPLICATION DATE:	10 100	Building black of life
NAME of APPLICANT : शावेदक का नाम		2 Vati		g-and SEX finin	
FATHER'S/SPOUSE'S पारिकटुम्प का नाम		RalHam	I state		MONEY CONTRACTOR
Byan		FRMANENT RESIDENCE ADDRESS	Mueri	KAADADanak.	Preop Post
OCCUPATION :	Homen	Jan		MARRIED (Galler)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय OTAL ANNUAL INCO सुल वार्षिक आप	ME:		1	(Attach Proof of Inc	ome)
PAN No. स्थाई स्त्राता सं		(, , , , ,	19		
URE YOU AN INCOME PIL आप आप कर दावा	TAX ASSESSEE (है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/N धां/न		
Sr. No.	T No	me of Family Member	AILY DETAILS परिवार Age (Years)	विवाण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध
0)	Ram	Pal	22	N	Jan
					IN THE PARTY.
-					
	-				
		SASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	ISTANCE (Tick which	sver is applicable)	
BPL Ca (Attach Card गरीबी रेखा के नीच (प्रमान पत्र की क्रमा 1	Copy) इमाण पत्र	SASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अय वर्ग प्रचाण पत्र (प्रमाण पत्र की सांसा प्रति संसान करे	R (AI	sver is applicable) stion Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । सामा प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे	Copy) इमाण पत्र	सहायता के लिये विनाति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य अस्य	REQUESTING ASSIST	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड ो सामा प्रति संलग्न करे। IANCE:	Basis/Proof
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र की काचा S Sr. No.	Copy) इमाण पत्र	सहायता के लिये विनाति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि	अधार R (A) उप । (प्रमाण पत्र के REQUESTING ASSIST क्ये गये विनती का उद्	ation Card tach Copy) भोक्दा कार्ड ो सामा प्रति संतप्त करे। TANCE: रेहप:	Basis/Proof
(Attach Card गरीबी रेखा के नीच (प्रमान पत्र की कवा प्र	Copy) हे प्रमाण पत्र प्रति संसान करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलय करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि Me	आधार R (AI	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड ो सामा इति संलग्न करे। TANCE: देश्य: मांग्रांकिक Attached	Basis/Proof अन्य कोई सास्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र की काचा S Sr. No.	Copy) हे प्रमाण पत्र प्रति संसान करे।	सहायता के लिये विनाति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि	SILUIT R (AI	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । साथा प्रति संलग्न करे। TANCE: रेरय: व्हार्माठाक Attached	Basis/Proof अन्य कोई सास्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र की काचा S Sr. No.	Copy) हे प्रमाण पत्र प्रति संसान करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलय करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि Me	आधार R (AI	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड ो सामा इति संलग्न करे। TANCE: देश्य: मांग्रांकिक Attached	Basis/Proof अन्य कोई सास्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र की काचा S Sr. No.	Сору) हे प्रमाण पत्र प्रति संसम्ब करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलय करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि Me	SILIT (A) उप (प्रपाण पत्र के REQUESTING ASSIST क्ये गये विनती का उड् dical Reports/Presc ल/डॉक्टर से जारी की	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । साथा प्रति संलग्न करे। IANCE: रेरप: व्याप्तिकार Attached व्याप्तिकेदन सूची संलग्न	Basis/Proof and will then Co-lose Co-lose Co-lose Co-lose Co-lose Co-lose Co-lose Co-lose Co-lose
(Attach Card गरीकी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र को काचा प्र Sr. No.	Copy) हे प्रमाण पत्र प्रति संसान करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलय करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि Me	SILIT (A) उप (प्रपाण पत्र के REQUESTING ASSIST क्ये गये विनती का उड् dical Reports/Presc ल/डॉक्टर से जारी की	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । साथा प्रति संलग्न करे। IANCE: रेरप: व्याप्तिकार Attached व्याप्तिकेदन सूची संलग्न	Basis/Proof and mid times CO-LOS CO CE
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र को काचा प्र Sr. No.	Сору) हे प्रमाण पत्र प्रति संसम्ब करे।	सहायता के लिये विनति EWS Cartificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रचाण पत्र (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संलग्न करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि Me अस्पता	अध्यस् (A) उप (प्रयाण पत्र कं REQUESTING ASSIST क्ये गर्य विनती का उद् dical Reports/Preso	ation Card tach Copy) भोवता कार्ड । साथा प्रति संलग्न करे। TANCE: रेरप: ग्रीप्रिकेटन सूची संलग्न E अर्थि भी पे	Interpret the Company of the Company
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र की कामा र Sr. No. क्रम संख्या	Сору) हे प्रमाण पत्र प्रति संसम्ब करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अय वर्ग प्रचाण पत्र (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संलग्न करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि Me अस्पता	अधार (A) उप (प्रपाण पत्र के REQUESTING ASSIST क्रमें गर्ग किनती का उर् dical Reports/Presc ल/डॉक्टर से जारी की	ation Card tach Copy) भोवता कार्ड । साथा प्रति संलग्न करे। TANCE: रेरप: ग्रीप्रिकेटन सूची संलग्न मिर्गिरिक Attached वर्ष प्रतिवेदन सूची संलग्न	In-Haylact Codasia
(Attach Card गरीकी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र को काचा प्र Sr. No.	Сору) हे प्रमाण पत्र प्रति संसम्ब करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य अत्य वर्ग प्रचाण पत्र (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संसान करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि Me अस्पता ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य NAME of OTHER SOURCE	अधार (A) उप (प्रपाण पत्र के REQUESTING ASSIST क्रमें गर्ग किनती का उर् dical Reports/Presc ल/डॉक्टर से जारी की	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड ो सामा प्रति संलग्न करे। IANCE: रेरप: riptions Attached र्ष प्रतिदेदन सूची संलग्न स्थिति प्रतिदेदन सूची संलग्न स्थिति पर्मा वर्गे? AMOUNT of	Basis/Proof SITE THEY COLOS COLOS ASSISTANCE BEING AVAILED
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र की कामा र Sr. No. क्रम संख्या	Сору) वे प्रमाण पत्र विक्र संसम्ब करे।	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अय वर्ग प्रचाण पत्र (प्रमाण पत्र की कावा प्रति संलग्न करे "PURPOSE" for F सहायता हेतु वि Me अस्पता	अधार (A) उप (प्रपाण पत्र के REQUESTING ASSIST क्रमें गर्ग किनती का उर् dical Reports/Presc ल/डॉक्टर से जारी की	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । साथा प्रति संलग्न करे। TANCE: स्रेप्पः श्रीतंत्रेपन सूची संलग्न E ANALL from OTHER SOURCES बोव से लिया गया औ? AMOUNT of	Endand to Contain the Contain

DECLARATION by APPLICANT: अपनेदास द्वारा प्रदेशका 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) मैं घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गएँ सभी विवरण मेरी वानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है हो मेरी सहायदा निस्स्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्थता राशि "बोशिया फाउन्टेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेग, जो इस प्रारूप में परा तथा है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस शीर का आशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/रियोजकाशीया कम्पर्ध से व तो लिया है और व ही चहिन्छ में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (STREET BID WOL)

- 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 इस्तावर या अंगते की साथ समाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमाति को पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, कारों और वो विवरण इस प्रथम में घोषिता है, उसे "क्रोतिका" एवम् न्यासी, दान, यावनात्या दूसरे उद्दर्ग से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। "मेरे प्रथम का विवरण मेरे इसाव के पहले के बार में करने के लिए अधिकृत है। "मेरे प्रथम का विवरण मेरे इसाव के पहले के लिए "क्रोतिका फाउंडेंगर" थ न्यामी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकाप को कि मतायता के उन्देश्यों में प्रार्थित है मुझे मनतः सहापता का तकदार नहीं बनावा। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके न्यसियों का निर्णय अतिम और बाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताक्षर या अंगूडे का निशान

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 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, इस्तक्षणी की ओर से मामले/रोणी को "कोशिका पाउन्देशन" से वितिय सहायता तेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पाल) निम्न प्रकार से बान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कांमान और न ही प्रविष्य में वितिय सहायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उसत रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/विनित उत्तर के सम्बय में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता किती ऑशिका सम्बय में "कोशिका प्राव्य की किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य कैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखाता है। इस पूर्ण्य में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उसते रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी ग्रंथ्या या किसी अन्य माधन से नहीं लेग्छ/लेगी।

2. "क्रोशिका फाउन्डेशन" से लो गई सतायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगो पर इत्यक्तल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगो एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब गता है। इसलिये इस्पताल में रोगो को इलाव सुरक्षा और अने वाने की सारी किम्पेट्सी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रोशिका" की बीई भूमिका या किम्पेट्सी रेग विद्यालयां की होगी और "क्रोशिका" की बीई भूमिका या किम्पेट्सी रेस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपरेशन को तारीख Dr. Ntsay Deep M.B. M.S. (Name, Designation & Startly of Authorised Signatory (Name, Designation & Startl

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION SPANIS SAME SAME

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Enfungel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

line