MON- C-29-12-0172

APP		RM FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप	(Healthca (स्वास्थय देख		Koshika	
APPLICATION No.:	M/122		PPLICATION DATE:	29	Building block of life	
NAME of APPLICANT		// / /	AGE-YEARS SUS	and the second s		
आवेदफ का नाम 🗘 🗘 🗘 🗸			70	f	MAN THE	
FATHER'S/SPOUSE'S फिडा/कटुम्म का नाम	NAME -	relat			III LATA CATE	
KUSLA	A STORY OF THE PARTY OF THE PAR	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता		IOTO HERE	
KUN		lingapusi kho		М	North Dates	
	DHAH PE	MANENT RESIDENCE ADDRESS	रकार आवासीय पता		Preop Postop	
		THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T	Lbow			
OCCUPATION:		200			(0.04	
TOTAL ANNUAL INCO	Homen	akin ,	4	(Attach Proof of In	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
कुल वार्षिक आय	951	por 10 tapily		(आय का साक्ष्य सं	era)	
PAN No. स्थाई खाता स ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (1	lick whichever is applicable):	Yes / No			
क्य आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उस	र पर सही का निशान लगाये।	हां / नही	Name of the last		
Sr. No.	Nar	ne of Family Member	ILY DETAILS परिवार वि Age (Years) डप्र (वर्ष)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	परिवार के सदस्यों का नाम		लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
			-			
	-					
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ		r is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सांचा प्रति संसम्ब करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।	(Attacl	n Card h Copy) ता कार्ड या प्रति संतरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			EQUESTING ASSISTAN ये गये विनती का उर्देश्य			
Sr. No. कम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलगन				
क्रम संख्या	Magnash PIE Senie				Cayayact	
	RIE Senile Calabract					
	CONT. 10.10	0.15	la un Can I			
	amado	ry RIE ST	lem camp			
					107.75	
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	SAME "PURPOSE" fro	om OTHER SOURCE		
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	DI	अन्य स्थात का नाम		~ ~	सी गई सहायता यशी	
	1 12	4-3		X the	/	
	1		-			

DECLARATION by APPLICANT: असमेदन द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employed/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं चोषणा करता हूँ कि इस प्रकल में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। पाँर कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे इस जो महायता एति "कांत्रिका फातन्देशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में बस प्रारूप है।
- 3) मैं चुच्च करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थन की गई है, उस सांस का आंशिक मा सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निमोनक/बीमा कमानी से म ले लिया है और न ही चुक्किय में सुना।

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 fulfillment 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 प्रपत्र पर अपने इस्त्रक्षर या अंग्रें की बाप समावार, मैं (आयेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा गाम. पता, फोटो और जो विवरण इस प्रता में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनाया दूसरे उत्रेश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यक्ष में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कांशिका फाउजेंसन" य जानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बाट से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे लगत: सहायता का टकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाम्बकारी शीगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: ल्या देवी

आवेदक को इस्ताक्षर या अनुते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (SERGIE SIE WOL)

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

डमारे अधिकृत, इस्ताक्ष्मी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्ष्रोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काठ-देशन"

- से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाटन्डेशन" द्वारा नदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काठन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिकासकल हेतु सन्दुर नहीं किया कता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से स्वायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में रनष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परंद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्यताल द्वार यो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "काशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में गेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ग्रेगी एवं इस्पताल की होगी और "कोरिका" की कोई धृतिका या जिम्मेश्वरी इस मानले में नहीं होगी।

14 THE DRY	RECOMMENDED F स्वीकृती के f			
Date of Surgery ऑफ्रेशन की तारीख	Privisav Deep W.B.B.S.M.S (Namburphyk @gR egwithskom)74 डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व र्राय न	Deepak Tripathi Administrator		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2		