APPLICATION No.:  MARKE of APPLICANT:  ADRICA TION AT STATE AND APPLICATION DATE:  ADRICA TION AT STATE AND APPLICATION AND THE STATE AND APPLICATION AND APP	Koshika	
Service कर नाम अवस्था कर नाम	1211	
PRINCE OF A THE COMPANY OF THE PROPERTY OF TH		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षणा आवासीय पता  PROOP PO  PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्था आवासीय पता  RAPPLO C 43 A DO LLE  OCCUPATION:  REAL TOTAL ANNUAL INCOME:  पूर वार्षिक अव  PAN No. रख्य खाता संख्य  ABE YOU AN MICOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  पत्र वार्षिक अव  PAN No. रख्य खाता संख्य  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  Relation with Appli  BY 100  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  स्वाराया और कर पत्रा के लिए विनारी आधार  BPL Card  (Attach Card Copy)  परिवार के सरस्यों का नाम  RESIDENCE (Tick whichever is applicable)  स्वाराया के लिए विनारी आधार  Relation Card  (Attach Card Copy)  परिवार के सरस्यों का नाम  (Attach Card Copy)  परिवार के सरस्यों का नाम  (अप अप अ	elfor draw	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सभी आवासीय पता  COCCUPATION:  अवसाय  MARRIED (अविवाहित)  (Attach Proof of Income) (अव का सक्य सीवान)  PAN No. स्था जाता संख्य  PAN No. स्था जाता संख्य  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  We also a state of the state of	o i in suit	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रचार्च आवासीय पता  ACCUPATION:  उद्यक्तायाः  (Attach Proof of Income)  (Attach Proof of Income)  (अध्य का सक्य संस्था  (अध्य का सक्य सक्य का सक्य सक्य संस्था  (अध्य का सक्य सक्य का सक्य सक्य सक्य सम्भाव  (अध्य का सक्य सक्य का सक्य सक्य सक्य सक्य सम्भाव  (अध्य का सक्य सक्य सक्य सक्य सक्य सक्य सक्य सक्य	1top	
OCCUPATION:  OCCU		
MARRIED (अनववाहर)  TOTAL ANNUAL INCOME कृत वार्षिक काय  (Attach Proof of income) कृत वार्षिक काय  (Attach Proof of income) (अववाहर)  (अ		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल बार्षिक काय  ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  पया आप कर चाल है (जो मान्य को उस पर सही का निसान लगायो  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  St. No.  Name of Family Member परिवार के सरस्यों का नाम  Age (Years)  Gender अप विवरण  Ralation with Appli  FAMILY DETAILS परिवार विवरण  Age (Years)  Gender अपवेरक के साथ सर  Age (Years)  Gender (अप को संख्य के स्विय साथ सर्थ  Any Other BARLED Card (Attach Card Copy)  गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र  (प्रमाण पत्र को साथ प्रमाण का साथ प्रकार करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  सहायता है किये गये कितती का उर्दरेग:  St. No.  St. No.  St. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/कीयर से जारी की गई प्रशिवेरन सुची संत्यन  AP ILL		
PAN No. स्याई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निर्मान लगाये।  Sr. No. Name of Family Member परिचार के सरस्यों का नाम परिचार के सरस्यों का नाम सहायता के लिये विचारित आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीओ रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें।  (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता के लिये प्रमाण पत्र अपने साम प्रति संलग्न करें।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विचारी का उद्देख:  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डोक्टर से जारी की गई प्रविचेदन सुची संवुगन  AP LL L		
प्रभाव कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।  FAMILY DETAILS परिवार चिवरण Sr. No. Name of Family Member परिवार के सर्द्यों का नाम परिवार के सर्द्यों का नाम अप (अप) सहायता के लिए (Years) जम संख्या के स्थित विनिधि आधार  BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनिधि आधार  BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (अप अग्य आप वर्ग अन्य पत्र (प्रमाण पत्र को स्थाप प्रति संलग्य करे।  PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्च विनती का उद्देश्य:  PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्च विनती का उद्देश्य:  APPLIER  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मशाल/डीयटर से जारी की गई प्रविचेदन सूची संसुग्य  APPLIER  SPILLE  SPILLE  SPILLE  APPLIER  APP		
Sr. No. Name of Family Member	7.17	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनयि आधार  EPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आपा प्रति संतान करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनयि आधार  Ration Card (Attach Cord Copy) (Attach Cop	- 3	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के दिल्ये विचति आधार  (Attach Card Copy) गरीसी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति मंतरण करे।  (प्रमाण पत्र को साथ प्रति मंतरण करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विचती का उद्देश्यः  Sr. No.  Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दीक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संदाण अस्पताल/दीक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संदाण अस्पताल/दीक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संदाण	cant au	
सहायता के लिये विनिध आधार  EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमान पत्र की साथ प्रति संलग्न करे।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरे विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न  DAGGO ASSISTANCE  **SELUCION OF Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न  DAGGO ASSISTANCE  **ABSIGNORY STREET  **SELUCION OF MEDICAL CONTROL  **ABSIGNORY STREET	3.3	
सहायता के लिये विनित आधार  EPL Card (Attach Card Copy) गरीओ रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्य विनित्ती का उद्देश्यः  Sr. No.  Sr		
सहायता के लिये विनित आधार  EPL Card (Attach Card Copy) गरीजी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्य विनिती का उद्देश्य:  Sr. No.  Sr.		
सहायता के लिये विनिध आधार  EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमान पत्र की साथ प्रति संलग्न करे।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरे विनिधी को उद्देश्य:  Sr. No.  Sr. No		
सहायता के लिये विनिध आधार  EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमान पत्र की साथ प्रति संलग्न करे।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरे विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न  DAGGO ASSISTANCE  **SELUCION OF Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न  DAGGO ASSISTANCE  **ABSIGNORY STREET  **SELUCION OF MEDICAL CONTROL  **ABSIGNORY STREET		
सहायता के लिये विनिध आधार  EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमान पत्र की साथ प्रति संलग्न करे।  PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गरे विनती का उद्देश्य:  Sr. No.  अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न  DAGGO ASSISTANCE  **SELUCION OF Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डीक्टर से बारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न  DAGGO ASSISTANCE  **ABSIGNORY STREET  **SELUCION OF MEDICAL CONTROL  **ABSIGNORY STREET		
(Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।  "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्व विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  "Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलुग्न		
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः  Sr. No.  Sr. No		
अस्पशाल/डॉक्टर में जारी की गई प्रशिवेदन सूची मोशून DINGTOSES  UE SPALLE CONTROL		
Dingnosis UF senile catalog		
UE SPRILE CONTROL		
	_	
OURIGINAL THE CICE TOTAL PROPERTY AND		
TOURS OF THE CALL TOTAL PROPERTY TOTAL		
The second of the control of the con	amb	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?		
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILE	ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
DBQ OFFICE		

## DECLARATION by APPLICANT: MINER BIT WHITE THE

- 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 चोषणा करत हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्हेंशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गम है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि किस सहापता हेतू यह प्रार्थन की गई है, इस राशि का आहित या अकत हिस्सा किसी अन प्रांत/विद्योजक/बीमा कमरनी से न से लिया है और न ही पविष्य 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 Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने इस्टासर या अंगठे की साम लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पान, कोठी और वो विवरण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, पान, यावनात्या दूसरे उर्दरम से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियाँ को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रयान का विवरण मेरे इलाज बी पहले या कर में करने को लिए "कोशिका पाउन्हेंसन" या न्यासी आधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमात हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से क्रार्थित है मुझे त्यत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्मय ऑतम और बान्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंग्रेस की निश्चार

Rtalpt

## AGREEMENT by HOSPITAL ( THYBE IN 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 enother 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, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/दोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से विशिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विकित सहस्थता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से ठक्त ग्रेगी-भ्रमले में लेगे या ले रहे है, जैसे कि इनने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिकारिस्टिविनीत उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता विनित ऑशिका मन्दर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पूचि में स्वय्य बहा जाता है कि अस्मताल दिवीय सदद उक्त ग्रेगी-मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका फाव-देशन" में शी गई सहायक केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाले की कारी जिम्मेरारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेरारी इस पामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती को लिए संस्तृति

Date of Surgery
ऑगरेश को ग्रांगेख

Decision Deep
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Of Continue of Hospital)
में स्वार्थ के स्थान के अध्याप के अध्याप के अध्याप के अध्याप अध्याप के अध्याप अध्य