	m	DM-C- 28	- 12 - 0	2921	.
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)		Koshika foundation
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	1/122		UPPLICATION DATE	112119	Building block of life
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		invari	AGE-YEARS 37	SEX firin	
FATHER'S/SPOUSE'S FIGURES AT ALL THE PROPERTY AT ALL THE PROPERTY AND AL	NAME:	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पर	Corogensos	AMP DIT
Lavi	Othan,	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	AL VI	10-	two borrold
OCCUPATION :	Con 6.			MARRIED TOUR	t) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCO	Harm			(Attach Proof of	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता स	25	1000		(आय का साक्ष्य	प्रंतग्न)
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable):	Yes / No	0	
क्या आप आप कर दाता	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निरान लगाये।	डां/ व	î .	
Sr. No.	FAMILY DETAILS परिवार विवरण Name of Family Member Age (Years) Gender			Relation with Applicant	
क्रम संख्या	प	वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध
			-		
	0)				
	1111				
		THE STATE OF THE S			
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति उ	STANCE (Tick which	aver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संतन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पव (प्रमाण पत्र की क्रापा प्रति संसान करे।	tificate Copy) (Atta वर्ग प्रमाण पत्र उपप		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
			EQUESTING ASSIST ये गये विनती का उद्दे		
Sr. No. इस्म संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिचेदह सूची संलग्न				
	Alagnation RESente Conformation				
	RIF Senite co-to-Hack				
				0	
	Surgory RF 5765 COMP Prima (chi can)				
		0 9			TO PARTIE TO THE
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश के डेवू कोई आन्य	SAME "PURPOSE" सहायता किसी अन्य स	from OTHER SOURCE बोत से लिया गया हो?	5
Sr. No. ऋम संख्या	Part	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थीत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
		DECE		Dovo	1/
				- Maria	

DECLARATION by APPLICANT: आगेटक 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) मैं घोषण करत हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साल एवं कड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कड़न असाल पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक्ष गरिं। "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खर्र है, उसका उपयोग उसी वर्षस्य की पूर्ति के लिये किया जाएंगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस ग्रहि का आंशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा फायनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में तृत्व।

AGREEMENT by APPLICANT (SURES ETT 16UT)

- 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 seceiving 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 प्रयत्त पर अपने इस्ताक्षर या अपने की बाय लगाकर, मैं (आलंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका आउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाय, पता, फोटो और जो विकास इस प्रयत्न में मीवित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचन्द्रभा दूसरे उद्देश्य से जूडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यय से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विकास मेरे इस्तास के पहले या कर में करने के लिए "कोशिका आउंडेसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनेरक) इस बाद से सहसत हूँ कि मेरा नाम, भार, फोटो और जिन्हण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे उनदः सहायता का उकदार नहीं कराता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेरक के इस्तावर पा कांगूर्ट का निकान Halfet

AGREEMENT by HOSPITAL (इसलास द्वार करार)

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 Keshika 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 Kosnika 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 Kosnika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Kosnika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/ग्रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहावात हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

- 1) वह कि न तो वर्णमान और न ही चलिय में वितिय सहावता किसी मैंर सरकारी संस्थान चा किसी अन्य रखेत से उक्त रोगी/प्रामले में लंगे या ले रहे है, वैसे कि इसने "कॉशका फाउन्डेशन" में सिफारिशाविनीत उक्त के सन्वय में "कोशका फाउन्डेशन" हारा मदर इंतु कि है। विद "कोशका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित्त आशिक/सकल इंतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य में स्टब्सी संस्था वा किसी अन्य लन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्गक्षता रखता है। इस पृष्टि में स्थय वाता ताता है कि अस्मताल हितीय सदद उक्त रोगी/पामले इंतु किसी गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य साधन से नहीं लेक्श्रेणी।
- 2. "कोशिका फाडन्टेशन" से ली गई सहायता क्रीकल विशिष प्रकृति की हैं। रोगी पर इस्पताल झारा दी गई सलाह या किये गये उपकारजीक्षण का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के कीय का विषय है और "कोशिका जाउन्टेशन" झार किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्ष और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपरेशन को तारीख Dr. Uts NDeep (Ministrator (Nagar Designation) Surgery (Ministrator (Nagar Designation) Surgery (Nagar Design