APP	LICATION FORM FOR ASSISTAN सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	NCE	(Healtho		Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/1224/095	2 APP	LICATION DATE:	1 10 100	foundation Building block of life	
NAME of APPLICANT			AGE-YEARS SIT	म् Sex िंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पेता/कटुम्म का नाम	Rajeshasoni &		6+	17		
Bans	PRESENT RESIDENCE AD	ORESS T	तेमान आकासीय पता		N. Manual Constitution	
	PERMANENT RESIDENCE AD	ORESS: P	र्श होता है वार्च आवासीय पता		preop fostop	
	sam a	<u>u</u>	abone			
DCCUPATION : व्यवसाय OTAL ANNUAL INCOI	Home make		L) / UNMARRIED (अविवाहित)	
हुल वार्षिक आय AN No. स्थाई खाटा सं	(35 / ATT) 1 to	lime	1	(Attach Proof of Ir (आय का साक्ष्य प	ncome) सिन्न)	
	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।		Yes / No डॉ / नडी			
Sr. No.	Name of Family Member		DETAILS परिवार वि		6.00	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उद्यु(वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
(1)	Vannas		36	11	San	
(2)	Patrem		20	M	Don	
	Total Control		14.0	10	(JIV-1V)	
3	Utan	\pm	25	и	Joh	
	BASIS for REQUESTIN संद्रायता के लिये	IG ASSISTA विनिति आधा	NCE (Tick whichever	er is applicable)		
BPL Card (Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रचाय पत्र की छत्य प्रां	Copy) (Attach Certificate Co प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण प	W.	Ration Card (Attach Copy) डपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
-			JESTING ASSISTAN वि विनती का उद्देश्य			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुब्धे-संस्थान					
erca, moem	Alagoas II			penilo	(attend of	
	UE Sonil Cateriact					
		-7				
	Swigger 1/E	570	y as	Pyn &	mma (A) Ca	
	, ASSISTANCE BEING AVAI इस उद्देश्य के बेतू को	इं अन्य सहार	ME "PURPOSE" fro यता किसी अन्य स्वोत	m OTHER SOURCES मे लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER S अन्य स्थात का		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			
	DBCS		09100	1		
			+			

DECLARATION by APPLICANT: अस्तिएक द्वारा प्रतिपत्त पत

- 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 धोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवस्त मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सक्षी है। यदि कोई विवस्त एवं कथन असत्य याचा जाता है तो मेरी सहाच्या निसन की का सकती है।
- 2) भेरे द्वारा को सहायता रहित "क्लेशिका करवानेहरूर", में शी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थक की भई है, इस शीत का अशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निमोबक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घोषम्य में लूँगा।

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.
- 3) इस प्रथम पर अपने इस्ताक्षर च अंगते को बाप सत्ताकर, मैं (आवेरक) अपनी महमाति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी नातमीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पाग, फोटो और जो जिवला इस प्रथम में भौषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/चा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी विविधीयमें और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रभार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इस्ताम के पहले वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहभत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और किवरण को कि सहायता के उट्टेंग्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हरूया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांतियों का निर्मय और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के प्रस्ताकर या अंतुते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (SHARE SHE WARE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this cessological 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, हसाक्षरी को ओर से मामाने/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से नितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) पह कि न तो कांनान और न ही पविष्य में विशिष सहस्था किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्थात से उपत रोगी/पायलों में लेंगे पा हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कांशिका फाउन्देशन" से सिकारिश-विनति उक्त के समाध में "कांशिका फाउन्देशन" द्वारा महत्त्व के समाध में "कांशिका फाउन्देशन" द्वारा महत्त्व किसी अन्य गैर सरकारी संस्था पा किसी अन्य सन्तामन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मरद उक्त रोगी/प्यमले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था पा किसी अन्य ताथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंपल किरिय प्रकृति को हैं। रोगों पर इस्पताल द्वार यो गई सलाड या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगों एवं इस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों को इलाव सुरक्षा और आने जले को सारो जिस्मेदारों रोगों एवं इस्पताल

की होगी और "क्रोशिका" को प	होई भूमिका या विश्लेषाये इस मामले में नहीं होगी।			
AUT III	RECOMMENDED FO स्वीकृती के लि	n zizafa " wwoatm		
Date of Surgery ऑपरेशन की तार्गस	D (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) M. ब्रोबर्ट का गाम व स्नेतक्ष्य व वित व	(Kame Dealer allow & Sharing of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पतात अध्कृत अध्कृत		
	UP MI.C POR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	OUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतू		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्तासर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताक्षर 2		
0. 0		0. 10		

14/12/2022