PPUCATION NO. M 12 2 4 0 9 65 approvation Date and The Purpose of the Total Age of Approvation and the Purpose of the Total Age of Approvation and the Purpose of the Purp		CATION FORM FOR ASSI सहायता हेतू आवेदन प्रार		(Healtho		Koshika
AND PRESENT RESIDENCE ADDRESS (ridge) अण्यापीय पण (अण्यापाय पण (अण्यापीय पण (अण्यापाय पण (अण्य		M/1224/096) आवंदन	तियो 10 112		The second secon
AND PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमण अण्यासीय पण		Ram Bhouse	A	581000	-	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Tradi Samulifu क्या PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Tradi Samulifu क्या ADDRESS : Tradi Samulifu क्या MARRIED (Basis of Income) (Attach Proof of Income) (Attach Proof of Income) (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSESSEE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSISTANCE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSISTANCE (The Whichever is applicable): (ATTACH AND INCOME EN ASSISTANCE EN AND INCOME EN A	त/कटुम्भ का भाग	ME: (Inhealdo	NCE ADDRESS THE	न आवासीय पता		to herical at REPRESENTA
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: श्या अववासीय पता COLDATION: COLDAY COL	Kanayiy	a colour FE	Library	rakhw	POUL	1800 Bit
AND PLAY OF THE PROPERTY OF T	0+	- DIACIS	NCE ADDRESS : PAT	आवासीय पता		1 - 1 1071
TALANHUAL INCOME		Same	2 apart			
AN NO. न्याई खोता संख्या NE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable]: WE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable]: WE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable]: WE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE [Tick whichever is applicable] FAMILY DETAILS. चित्रचार विवरण FAMILY DETAILS. चित्रचार FAMILY DETAILS. चि	TOTAL ANNUAL INCOME			- (Attach Proof of Income)		
हा है (को मान्य हो उस पर सही का निश्चन लगाये। Sr. No.	NN No. स्थाई खाता संख	1	olieshink	Vas / No	्रिमाय का कार्य सल	73)
BPL Card (Attach Card Copy) परिची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छल्ल प्रति संस्पन करे। St. No. St	। आप आय कर चला है	(जो मान्य हो उस पर सही का निशान	लगाये।	हां / नही	वेवरण	
BPL Card (Attach Card Copy) सहायता के लिये विनित्त आधा BPL Card (Attach Card Copy) सर्वित रेखा के नीचे प्रमाण या (प्रमाण पत्र को काल प्रति संस्यन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्व विनित्त आधा "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्व विनित्त का उर्दरणः अय कोई सरस्य "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गर्व विनित्त का उर्दरणः अय कोई सरस्य	क्रम संदूष	परिवार के सदस्यों का ना	н з	प्र (वर्ष)		Relation with Applicant 'आवेदक के साथ सम्बध
BPL Card (Attach Card Copy) सिंहायता के लिये विनिष्ठ आधार EWS Certificate (Attach Card Copy) सिंहायता के तीचे प्रमाण पण (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पण अल्प आप प्रमाण पण अल्प आप प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/इक्टिर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संलग्न अस्पताल/इक्टिर संलग्न की होता गया हो? अस्पताल/इक्टिर के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत ये लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	0	Mangarial		10	M	San
BPL Card (Attach Card Copy) प्रीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संस्यन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते कियो गये विनारी का उर्दरमः St. No. "Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/होकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते कियो गये विनारी का उर्दरमः St. No. "Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/होकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते कियो गये विनारी का उर्दरमः St. No. "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पतास/होकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पतास/होकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरस्य के हेते कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत ये लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरस्य के हेते कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत ये लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED						
BPL Card (Attach Card Copy) प्रीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संस्यन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते कियो गये विनारी का उर्दरमः St. No. "Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/होकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते कियो गये विनारी का उर्दरमः St. No. "Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/होकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते कियो गये विनारी का उर्दरमः St. No. "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता होते की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पतास/होकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: अस्पतास/होकर से जारी की गई प्रतियंदन सूची संस्यन "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरस्य के हेते कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत ये लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दरस्य के हेते कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत ये लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED						
BPL Card (Attach Card Copy) प्रतिक्ष रे नीचे प्रमाण पत्र (Attach Card Copy) प्रतिक्ष रे नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खल्य प्रति संस्यन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः अत्र अंदि संख्या "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः अत्र अत्र अत्र को ग्रां प्रतियंदर सूची संलग्न अस्पताल/इक्टिंग्र से जारी की गई प्रतियंदर सूची संलग्न अस्पताल/इक्टिंग्र से अस्पताल किसी अन्य संवाल ये लिया गया हो? अस्पताल/अस्पताल/इक्टिंग्र अस्प संवाल किसी अन्य स्थात ये लिया गया हो? अस्पताल/अस्पता	A STATE OF					
प्रमाण पत्र की छाचा प्रति संसम्य करे। पत्र प्रमाण पत्र के छाचा प्रति संसम्य प्रमाण पत्र के छाचा प्रति संसम्य करे। पत्र प्रमाण पत्र के छाचा प्रसाण पत्र करे। पत्र प्रमाण पत्र के छाचा प्रति संसम्य करे। पत्र प्रमाण पत्र के छाचा प्रसाण पत्र करे। पत्र प्रमाण		BASIS for RE	QUESTING ASSISTAN के लिये विनिट आधार	CE (Tick whiche	ver is applicable)	
सहायता हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Proscriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न Diagnosis UE Senilo Collectae Sungered UE STES Lord Promet Legal Collect Assistance being availed for same "purpose" from other sources हस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हो?	(Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		ificate Copy) वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न () हि शुलाई () () () () () () () () () () () () ()	7					
SUNGER SOURCE STORE SOURCES ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES FRE STORED SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED AMOUNT OF ASSISTANCE BEING	Q#F17070					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES FLE STORY of ST all SITE HEIDER SOURCES AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य महायता किसी अन्य म्हारे में लिया गया हो?		Y ₁		di	e serilo	Corton lovet
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हा? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILA		Swyeny UE	2163	with	Pmmes 1	The Colored
इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थात से लिया गया हा? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILA			EING AVAILED for SA	ME "PURPORE"	from OTHER SOURCES	
St. NO.		A PRINTANCE OF	PILLO LALVIERO LOL OVI	वता किसी अन्य म	वांत से लिया गया हो?	
क्रम संख्या अत्य स्थात का नाम लो गई सहायता राशा	Sr. No.	इस उद्देश्य NAME of	OTHER SOURCE		AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED ली गर्ड महायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: मानेएक द्वारा मोगना पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false stistement 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.
- 3) 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिए गये सभी विवास मेरी जैलुकार के अनुमार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथर असाच प्राप्त जाता है तो मेरी सहायशा निस्त को जा सकती है।
- 2) भी द्वार जो सहायता राजि "कोशिका फाउ-देशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सवापता होतु पर प्रार्थन को पहुँ है, उस गीत का अधिवाल या सकता विस्ता कियो अन्य प्रायुक्तिक अधिक अधिक को निवार है और व ही प्रविध्य में सुँगाः

AGREEMENT by APPLICANT (अवदेश द्वारा स्वार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshina Foundation and it's Truslees 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, efectionic, for solicing donations for Koshika Foundation and/or dissource in the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo 5 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 तस्त्राक्ष पा अंगते को लाग सामानर, में (आवंदक) अपनी मतमान को पुष्टि करता है एवं "कोशिका परवर्तनान और उसके जासीयों " को अधिकृत करता है कि भेरा नाम, पत्री, और जो विकास इस प्रथम में प्रोणित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यानगाल्य दूसने उत्तरम से उसी पतिविधियों और प्रमानक्रियों को लिये किसी प्रमान मामान में प्रमान करते के लिये विधिकत है। मेरे प्रयास का विवास मेरे इसाम के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका परवर्तनान व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात में सहामत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और तिन्तण जो कि सहामता के उद्देश्यों में प्राचित है युड़ी स्वतः सहामता का हकदार वहां बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का विशेष ऑक वाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेरम के अस्टाकर गा. आंगुडे का निवान

अमारोजी

AGREEMENT by HOSPITAL (FRIEND DO WOLL)

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 sume 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 Roshika 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.

2. "बॉशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायत केवल विशिष प्रकृष्टि की है। रोगी पर हरनजल द्वार से गई सलाह का किये गई उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगों एवं इसलाल के बीच का विश्वय है और "कौशिका पाउन्डेशन" द्वार कियी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये इस्पण्ड में रोगी के इलाव मुख्या और अने को बारी किम्मेदारी रोगी एवं इस्पण्डल की होगी और "बोशिका" की कोई भूगिका का जिल्मेदारी इस गामले में नती होगी।

Date of Surgery अधिकान को जातेख
Dr. Utspweep

(ManBridge Signatory of National Stamp of Authorised Signatory of National Stamp of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्तावस 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्तावस 1