		DRM FOR ASSISTANCE तु आवेदन प्रारूप	(Healti (स्वास्थय	देखमाल)	Koshika
APPLICATION No.: आयेदन संख्या :	M1122	24/0979 AP	PLICATION DATE	112124	Bullding block of life
NAME of APPLICANT		1 1 190	AGE-YEARS M	पु वर्ष SEX किंग	
आवेदक का नाम		ndayal	59	Fn	
FATHER'S/SPOUSE'S	NAME: 01	10 (10)	100	1,.,	
पेता/कटुम्भ का नाम	5-	กับเล่า	,		E TELEVISION NE DESVIOLE
Kho	INDUIT	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वतमान आवासाम पत	-optin	Designation in the management
	Dalla Dalla				
	19-Han	RMANENT RESIDENCE ADDRESS :	. (SOS स्यार्ड आवासीय पता		Terellay kosta
		same as a	DO M		
	0				
OCCUPATION:	-laum			MARRIED (194	हित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM	ME:			(Attach Proof	
कुल वार्षिक आय		to love		(आय का साध	य संलग्न)
PAN No. स्थाई खाता संद ARE YOU AN INCOME			Yes / No		
या आप अस्य कर दाता	है (जो मान्य हो उन	Fick whichever is applicable): म पर सही का निज्ञान लगाये।	हां / ना	डी -	
Sr. No.	I Wes		LY DETAILS परिवार		
BETH TIMEN	परि	ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आयेरक के साथ सम्बंध
(1)	W	1501 N	8o	19	3040
(9)	1 8h	impho !	20	1.1	· Jan
. 0	1		-	100	
		The second second			
-					
		BASIS for REQUESTING ASSIST सहावता के लिये विनति आ	ANCE (Tick which	ever is applicable)	THE NATION
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सच्चा प्रति संतन्त्र करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	(Att	tion Card ach Copy)	Any Other Basis/Proof
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे	प्रमाण पत्र	अल्प आद वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्थया प्रति संसान करे।		पोक्ता कार्ड राजवा प्रति संलग्न करे।	man whi man
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे	प्रमाण पत्र	(प्रमाण पत्र को स्थय प्रति संतन्त करे। "PURPOSE" for REC	(प्रमाण पत्र की	क्रमा प्रति संलग्न करे। ANCE:	man while man
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाम पत्र की सम्ब प्रा Sr. No.	प्रमाण पत्र	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसन्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Medic	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST गर्थ विनती का उद्दे cal Reports/Prescr	ख्या प्रति संलग्न करे। ANCE: १४५: Iptions Attached	अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाम पत्र की स्था प्रो	प्रमाण पत्र ति संलग्न करे।	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसन्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Medic अस्यताल/र	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST. गर्थ विनती का उद्दे cal Reports/Prescr डॉक्टर से जारी की ग	ष्ट्रचा प्रति संलग्न करे। ANCE: १प: Iptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संल	अन्य कोई साक्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाम पत्र की स्थव प्रा Sc. No.	प्रमाण पत्र	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसन्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Medic अस्यताल/र	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST गये विनती का उद्दे cal Reports/Prescr डॉक्टर से जारी की ग	क्रवा प्रति संलग्न करे। ANCE: श्य: fiptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संल	अन्य कोई सक्य व्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की स्थल प्रा Sr. No.	प्रमाण पत्र ति संलग्न करे।	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसन्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Medic अस्यताल/र	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST गये विनती का उद्दे cal Reports/Prescr डॉक्टर से जारी की ग	ष्ट्रचा प्रति संलग्न करे। ANCE: १प: Iptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संल	अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाम पत्र की स्थव प्रा Sc. No.	प्रमाण पत्र ते संतप्त करे।	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Medic अस्पताल/व	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST. गर्थ विनती का उर्दे cal Reports/Prescr डॉक्टर से जारी की ग	क्रवा प्रति संलग्न करे। ANCE: श्य: Iptions Attached ई प्रतिवेदन सुनी संल	अन्य कोई सक्त ल (०.१०२१०८) (०.१०२१०८)
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की स्थवा प्रा Sr. No.	प्रमाण पत्र ति संलग्न करे।	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Medic अस्पताल/व	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST गये विनती का उद्दे cal Reports/Prescr डॉक्टर से जारी की ग	क्रवा प्रति संलग्न करे। ANCE: श्य: Iptions Attached ई प्रतिवेदन सुनी संल	अन्य कोई सक्य ल (०.१०२१०८) (०.१०२१०८)
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की स्थवा प्रा Sr. No.	प्रमाण पत्र ते संतप्त करे।	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Modic अस्पताल/व	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSISTA गये विनती का उद्दे cal Reports/Prescr हॉक्टर से जारी की ग	क्रवा प्रति संलग्न करे। ANCE: श्य: Iptions Attached ई प्रतिबेदन सूची संल	and all then Le containant C
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमास पत्र की सास प्रा Sr. No. क्रम संख्या	प्रमाण पत्र ते संतप्त करे।	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Modic अस्पताल/व	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST गये विनती का उद्दे cal Reports/Prescr हॉक्टर से जारी की ग	क्रिया प्रति संलग्न करे। ANCE: १४४: Iptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संल APTO from OTHER SOUR	m (a.tarract (a.tarract (a.tarract)
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमास पत्र की सास प्रा Sr. No. क्रम संख्या	प्रमाण पत्र ते संतप्त करे।	(प्रमाण पत्र की समा प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Modic अस्पताल/व ASSISTANCE BEING AVAILED for S इस उत्देश्य को हेतू कोई अन्य सा NAME of OTHER SOURCE	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST गये विनती का उद्दे cal Reports/Prescr हॉक्टर से जारी की ग	क्रिया प्रति संलग्न करे। ANCE: १४४: Iptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संल APTO from OTHER SOUR	SAME STATE OF THE STATE OF ASSISTANCE BEING AVAILED
(Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (ग्रमाम पत्र की सम्ब प्रा Sr. No. क्रम संख्या	प्रमाण पत्र ते संसाम करे।	(प्रमाण पत्र की छस्या प्रति संसम्न करे। "PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये Modic अस्पताल/व	(प्रमाण पत्र की QUESTING ASSIST गये विनती का उद्दे cal Reports/Prescr हॉक्टर से जारी की ग	क्रिया प्रति संलग्न करे। ANCE: १२४: Iptions Attached ई प्रतिवेदन सूची संल — अर्था में	m (a.tarract (a.tarract (a.tarract)

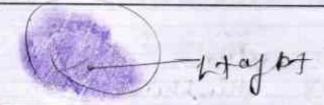
DECLARATION by APPLICANT: SPICE BID WHYE WE:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & engoing 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 योषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असत्य पाया दाता है तो मेरी सहायता निसन्द की का सकती है।
- 2) मेरे इस को सहायता साँत "कोशिका फाउन्हेशन", से ली का स्त्री है, इसका उपयोग उसी इंटेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेश, जो इस प्रकृष में पर। गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि निस सहत्वता हेट यह प्रार्थन की गई है, इस सींश का आरिक या सकता दिल्ला किसी अन्य श्रीकृतियोजकार्यामा कम्मनी से व तो लिया है और व ही श्रीकृत्व में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (SHEEK DIT WOT)

- 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 end/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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की खाप सम्याकर, मैं (आकेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पात्र, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषिश है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, कावना/या दूसरे उर्ट्रिय से जुडी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमाशित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकरण जो कि सदायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकपार नहीं बनादा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इस्तावर या अंतुर्व का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFISH SHI 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.

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्तिय सहायता हेतु सिकारिश को जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भोक्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उका रोगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्थय में "कोशिका फाउन्डेशन" हुए। यहर हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हुए। सहायता विनति अशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मैं अस्पताल दिलीय महर उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्भावन से सहायता लेने का अधिकार सुर्शकत रखता है। इस पूर्विट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय महर उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन में नहीं लेगा/लोगी।

2 "कॉरिका काउन्देशन" से भी गई सहायता केवल कितम प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार दो गई समात या किये गये उपवार/प्रक्रिया का युनाब रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का मोई प्रकार गर्छी है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अपने वाने की सारी किम्पेदारी होगी एवं इस्पताल की होगी और "कोरिका" की कोई मुम्बा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

in the matter.