1					
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)		Koshika
APPLICATION No. : आवंदन संख्या :	V/1124/0986		APPLICATION DATE : 1 प / 11 / २ प		foundation Building block of life.
NAME of APPLICAN			AGE-YEARS 3	The second secon	AT LOS
आवेदक का नाम		Rayvati Devi	60	SEA MIN	
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्म का नाम		hala			00
Pata	4 has	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय पर रेट ४ में ८००	ता	PASIETIUM
	nist.	, ,		ALCOHOL STATE	Pereop Postop
	alled.	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	P. 1004	513	Pereop Postop
		same as	above		
OCCUPATION : व्यवसाय	àl	ome make	7	MARRIPO (Badito	f) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आग	OME:		/	(Attach Proof of I	
PAN No. स्थाई खाला स	iesu	42000/		(आय का साक्ष्य स	र्गलम्) 🖊
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSED	(Tick whichever is applicable):	Yes / No		
नना जान जान कर दाता	ड (जा मान्य हा	उस पर सहा का ानशान लगाय।	हां / नश	ft 1	
Sr. No.	, N	ame of Family Member	MILY DETAILS परिवार Age (Years)		
क्रम संख्या		रिवार के संदर्भों का नाम	उम् (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
	10)	0 1	62	m	Au Sand
3.	Mugym		.3.0	m	con
3 19		cha	34		Daughterin Lan
					WITH THE TANKAH
		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति र	STANCE (Tick whiche	ver is applicable)	
BPL Car		EWS Certificate	1000	25/528.00	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy)	(Atta	ion Card ich Copy)	Any Other Basis/Proof
(प्रनाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		अस्प आयं वर्ण प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		अन्य कोई साक्ष्य
		*BUDDECT C. P.	= 50.00 (A Table 1 (A SA) (A SA)		
		सहायता हेतु कि	EQUESTING ASSISTA ये गये विनती का उद्देश	NCE: 격:	
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम शहरा	अस्पताला/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
	RE- Catariant				
	LE- Confamont				
		2.1			
	Swigery - (BE) - SICS + PINIMA				
			0		TUVINIT
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S	SAME "PUPPOSE" I	om OTHER COURSES	
Sr. No.		इस उद्दर्य के हत् काई अन्य स	हायता किसी अन्य स्वोत	से लिया गया हो?	
क्रम संख्या	क्रम संख्या अन		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1+	DRC			ली गई सहायता संशी २०००/	
			2000		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदल 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 & ongoin, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which su 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 for which this assistance is requested.
- 1) में घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवस्थ मेरी वानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। यदि कोई विवस्ण एवं कथन असल्य पास जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सके
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता सांग "कोशिक्त फाउन्डोशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आशिक्ष या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिच्य 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.
- 1) इस प्रपन पर अपने हस्ताक्षर या अंगड़े की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमारित करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा चाम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्याधियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदम के हस्तावर या अंगृते जा गिराल



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्पताल द्वारा 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 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

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, हस्ताक्षरी को ओर से मामलं,रोगी को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो प्रविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उक्त रोगी/भागले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन"

में मिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" हांग्र घदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" हांग्र सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में संस्था वा किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ग्रेमी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने क्यू की सीरी जिस्मेदाल सेमी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथ्विका या जिस्मेदाल में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15 /11 / 24 Dr. SUFYAN DANISH MYBIB S NO BAIS, DNB (Name of Dr. & Regn. No! With Stantin) 924

डाक्टर का नाम व हस्तीक्षर व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर । SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

lite

Sofungel