API		mon - c- 2		31 75	
				thcare) देखभाल)	Koshika
UPPLICATION No. :	M112	24/1021	APPLICATION DATE	112104	Building block of life.
IAME of APPLICANT	Ti .	Shui	AGE-YEARS		
ATHER S/SPOUSE	S NAME :	SILI	6	+ 1 1	RASESHRI
ता:कटुम्म का नाम	<u> </u>	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	सर्वकार आसमीत प	a	- RATI SHRE " MACAH # 3/2
O side	ori Dr	LUCI PUTA Prace ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	101 - दे। स्था आवासीय प्रा	Se 6	presof both
		som as	boue		
CCUPATION:	Hon	no maken		T 67 1202 01 124	/ UNMARRIED (अविवाहित)
OTAL ANNUAL INCO हुत वार्षिक आय	ME.	DOOL Jamil	4	(Attach Proof of In	
AN No. 구리를 됐더니?	मख्या /	Tick whichever is applicable):	1		
र आप आय कर दात	। है (जो मान्य हो उ	स पर सत्री का निशान लगाये।	Yes / ! र्हा /	नही	The second of
Sr. No.	Na Na	me of Family Member	MILY DETAILS परिव Age (Years)	ार विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परि	खार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के माथ सम्बध
		Y			
		BASIS for REQUESTING ASS		hever is applicable)	
BPL C (Attach Can गरीबी रेखा के नी (प्रमाण पत्र की छाव्य	d Copy) चे प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्था प्रति संस्तन क	3	Ration Card kttach Copy) पंभोक्ता कार्ड ही साम प्रति संतरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
(Attach Care गरीबी रेखा के भी	d Copy) चे प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समा प्रति संस्तन क	3	Mtach Copy) पभोक्ता कार्ड की छाषा प्रति संसन्त करे। STANCE:	Basis/Proof
(Attach Car गरीबी रेखा के मी (प्रमाण पत्र की छावा Sr. No.	d Copy) ये प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संस्थन क "PURPOSE" for सहायता हेतु 1	t। (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS कमें गये विनती का उ	Attach Copy) प्रभोकता कार्ड की छापा प्रति संतरन करे। STANCE: (देश्य:	Basis/Proof
(Attach Carl गरीबी रेखा के मी (प्रमाण पत्र की छावा	d Copy) में प्रमाण पत्र प्रति मंतान करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्या प्रति संसम्य क "PURPOSE" for सहायता हेतु ।	t। (प्रमाण पत्र । (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS किमे गमे विनती का उप edical Reports/Pres ।ल/डॉक्टर से जूरी की	Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड को छाषा प्रति संतग्न करे। STANCE: इंदेरप: criptions Attached गई प्रतिवेदन सूची संतग्न	Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Car गरीबी रेखा के मी (प्रमाण पत्र की छावा Sr. No.	d Copy) ये प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्या प्रति संसम्य क "PURPOSE" for सहायता हेतु ।	t। (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS कमें गये विनती का उ	Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड को सामा प्रति संसन्त करे। STANCE: १९९२प: criptions Attached गई प्रतिवेदन सूची संसन्त	Basis/Proof sira with there
(Attach Car गरीबी रेखा के मी (प्रमाण पत्र की छावा Sr. No.	d Copy) में प्रमाण पत्र प्रति मंतान करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्या प्रति संसम्य क "PURPOSE" for सहायता हेतु ।	t। (प्रमाण पत्र । (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS किमे गमे विनती का उप edical Reports/Pres ।ल/डॉक्टर से जूरी की	Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड को छाषा प्रति संतग्न करे। STANCE: इंदेरप: criptions Attached गई प्रतिवेदन सूची संतग्न	Basis/Proof and with the
(Attach Can गरीची रेख के भी (प्रमाण पत्र की डाया Sr. No.	d Copy) में प्रमाण पत्र प्रति मंतान करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्मा प्रति संस्थन क -PURPOSE for सहायता हेतु । M	t। (प्रमाण पत्र । (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS किमे गमे विनती का उप edical Reports/Pres ।ल/डॉक्टर से जूरी की	Attach Copy) पर्भोकता कार्ड को सामा प्रति संतरण करे। STANCE: (देश्य: criptions Attached गर्ड प्रतिवेदन सूची संतरण	Basis/Proof and with them Le Contenact Le Contenact
(Attach Can गरीची रेख के भी (प्रमाण पत्र की डाया Sr. No.	व Copy) धे प्रमाण पत्र प्रति संतप्त करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्मा प्रति संस्थन क -PURPOSE for सहायता हेतु । M	ti (प्रमाण पत्र । (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS कमे गये विनती का उप edical Reports/Pres Iल/डॉक्टर से जारी की	Attach Copy) पभोकता कार्ड की सामा प्रति संतन्न करे। STANCE: र्देश्य: criptions Attached गई प्रतिवेदन सूची संतन्न	Basis/Proof and with them Le Contenact Le Contenact
(Attach Can गरीची रेखा के भी (प्रमाण पत्र की डाया Sr. No.	व Copy) धे प्रमाण पत्र प्रति संतप्त करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अध्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्मा प्रति संस्थन क -PURPOSE" for सहायता हेतु । M अस्पत	हा (प्रमाण पत्र । (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS कमे गर्म विनती का उप edical Reports/Pres iल/डॉक्टर से जारी की	Attach Copy) पर्भोकता कार्ड की सामा प्रति संतग्न करे। STANCE: (देहप: criptions Attached गर्ड प्रतिवेदन सुनी संतग्न	Basis/Proof are with the
(Attach Carr गरीको रेखा के भी (प्रमाण पत्र को डाव्य Sr. No. क्रम संख्या	व Copy) धे प्रमाण पत्र प्रति संतप्त करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अध्य आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्मा प्रति संस्थन क "PURPOSE" for सहायता हेतु । M अस्पत	हिं। (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS कर्ष गर्प विनती का उर edical Reports/Pres en/डॉक्टर से जारी की PIF	Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड की साया प्रति संस्तन करे। STANCE: (देश्य: criptions Attached गई प्रतिवेदन सूची संस्तन स्थान संस्तन स्थान संस्तन	Basis/Proof size with the and the control of the co
(Attach Car गरीबी रेखा के भी (प्रमाण पत्र की छाप्य Sr. No. क्रम संख्या	व Copy) धे प्रमाण पत्र प्रति संतप्त करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अध्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्मा प्रति संस्थन क "PURPOSE" for सहायता हेतु । M अस्पत	हिं। (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS कर्ष गर्प विनती का उर edical Reports/Pres en/डॉक्टर से जारी की PIF	Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड की साया प्रति संस्तन करे। STANCE: (देश्य: criptions Attached गई प्रतिवेदन सूची संस्तन स्थान संस्तन स्थान संस्तन	Basis/Proof and with the a
(Attach Carr गरीची रेख के भी (प्रमाण पत्र की डाया Sr. No. क्रम संख्या	व Copy) धे प्रमाण पत्र प्रति संतप्त करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अध्य आय वर्ग प्रयाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्मा प्रति संस्थन क "PURPOSE" for सहायता हेतु । M अस्पत	हिं। (प्रमाण पत्र । REQUESTING ASSIS कर्ष गर्प विनती का उर edical Reports/Pres en/डॉक्टर से जारी की PIF	Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड की सामा प्रति संस्तन करे। STANCE: १९९२प: अपित सेर्पा स्था संस्तन करे। AMOUNT of	Basis/Proof sira with the a L. Catenact L. Catenact Ma Pin Can Assistance Being Availed

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 योषणा करता हूँ कि इस प्रकृष में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असूत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायक एति "कोतिका फाउन्तेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भए गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीश का आंशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजकाश्रीया कम्पनी से न तो लिया है और न ही चिष्प्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेदक 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 प्रया पर अपने इस्ताक्षर या अगठे की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सक्षमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों "की अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्र, फाउं और जो विकाश इस प्रयत्न में यांगित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से बुढी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इसाव के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अववेदक) इस बात में महमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सतायता के उद्देश्यों में प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवग् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आनेदन के हम्लक्षर के अंगूने का निशान

PH:

AGREEMENT by HOSPITAL (FEMILE STO WORL)

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

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, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेशीगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) मा कि न तो नर्तवान और न ही परिषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उस्त रोगी/यायले में लेंगे या ले रहे है, दैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो। स्राप्त विनति उन्हों के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हो। स्राप्त विनति आशिका सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन वो नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कांशिका काठन्देशन" से ली गाँ सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। ऐंगी पर हस्यवाल हार दी गई सलाह या किये गये अपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कांशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने काने की सारी विक्रमेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कांशिका" की कोई पृथिका या विक्रमेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरितन की वारीख (Name of Ur. a Regn: No. with Stamp) हाकर का नाम व हस्ताक्षा व रीव न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 नासी हस्ताक्षा । SIGNATURE of TRUSTEE 2 नासी हस्ताका 2