APP		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	T. T	thcare) देखभात)	Koshika	
APPLICATION No.: M 1224 1042 APPLICATION DATE: MIRES HERE SHIPE HERE					Building block of life	
NAME OF APPLICANT:			AGE-YEARS	भाषु-गर्ग SEX सिंग M	A	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME:	HUMAI Khan	SS वर्तमान आवासीय प	ता .		
Rhetex		maliya Bujur	ig khe	ai, —		
Other	þ	ERMANENT RESIDENCE ADDRE	1,9 88 : स्थाई आवासीय पत २५८/		Portlook Poly	
DCCUPATION :	laum)	£ n		MARRIED (विव	हित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCO हुल वार्षिक अप	ME: _	0,000		(Attach Proof o	of Income) र संसम्ब	
PAN NO. स्थाई खाता स ARE YOU AN INCOME म्या आप अस्य कर दाता	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes/			
Sr. No.	Na Na	ame of Family Member	FAMILY DETAILS URIT	Candon	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	पा	परिवार के सदस्यों का नाम Cruciu		(Render	आवेदक के साथ सम्बध र्ज के	
3						
		BASIS for REQUESTING A सहायता को लिये किन		chever is applicable)		
(Attach Card Copy) (Attach Cer गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग ग्रम्यण पत्र (प्रमाण पत्र की खापा प्रति संलान	9	Ration Card Attach Copy) एपपोक्ता कार्ड की डाया प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
76			or REQUESTING ASSIS	PARTICIPATION OF THE REAL PROPERTY OF THE PARTICIPATION OF THE PARTICIPA		
Sr. No. प्रत्य संस्था	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुधी संसान हिन्दि स्थिति । विकास व					
	RIE SENILI CONTACT					
	ang	ery PIE	भड़ w	14h frum	a 14112 amp	
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PURPOSI	E" from OTHER SOUR	RCES	
Sr. No.		इस उद्देश्य को हेत् कोई । NAME of OTHER SOU	भन्य सहायता किसी अन्य	स्त्रोत से लिया गया हो	7 T of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्य		DBC \ अन्य स्वांत का नाम		ली गई सहायता वसी		
	-					

DECLARAT W by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- I hereby | onfirm 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 | jection/cancellation.
- 2) I solemn 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 required by me.

 3) I hereby confirm that I have not 5 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार समय एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाचा जाता है तो मेरी सहायता निरम्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता गरिंग "कोशिका फाउन्देशन", से ली जो रही है, उसका उपयोग उसी डदेशन की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- में पुष्ट बारत हैं हैं। जिस सवायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शिश का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेल/नियोवक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में लेंगून।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेरक 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 प्रत्य था अपने इस्ताधर या अंगते को साथ लगतकार में (आवेरक) अपनी सहयति की पुष्टि करता है एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, जोटो और जो विवरण इस प्रथम में बांधित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यामी, यन, वाक्तात्या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय से प्रसारित करने के लिए ऑफ्स्ट्र है। मेरे प्रयम का विवरण मेरे इसाज के पाले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यासी ऑफ्स्ट्र है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्रधित है मुझे स्था: सहापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके न्यासियाँ का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदम के इस्तावर क अंगुले का निवतन



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल इस 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 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.

हम्में अधिकृत, इस्ताक्षरी को ओर से मामलेशीमी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिष सदायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न यो वर्गमान और न ही पविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्केत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु सन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पर्व इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा कियी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की साथै जिम्मेदाये रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पृथिका या जिम्मेदाये इस यामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery अधिकार को तागर के लिए संस्तृति Date of Surgery अधिकार को तागर कि जिए संस्तृति (Name of Dr. & Begn. No. with Strimp) (Name of Dr. & Begn. No. with Strimp) (Name of Tr. & Begn. No. with Strimp) (Name of Tr