| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप | | | (Health (स्वास्थ्य | | Koshika |
|--|--|---|--|--|--|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : | M11224/1044 A | | PPLICATION DATE | | Building block of life. |
| NAME OF APPLICANT: | | | AGE-YEARS ST | | |
| FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम | NAME: | ина: | | | |
| Mudig | | RESENT RESIDENCE ADDRESS | वर्तमञ्जू आवासीय पर | JUHINA | CUCACACACACACACACACACACACACACACACACACAC |
| Lakhi | NIPUTI PER | MANENT RESIDENCE ADDRESS AME AS | 0 ते १६ h - वै ६, ः स्वर्धे आवासीय पता ca b 0 प्पर | 106 | Perloof Posto |
| OCCUPATION: | Home or | aleen n | | MARRIED (R | प्रिति / UNMARRIED (अविवाहित) |
| | OTAL ANNUAL INCOME: | | | (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संस्था) | |
| PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता | TAX ASSESSEE (TK | k whichever is applicable): पर सही का निशान लगाये। | Yes/No | | |
| Sr. No. | Name | of Family Member | MILY DETAILS परिवार Age (Years) | विवरण Gender | Relation with Applicant |
| क्रम संख्या | परिदा | पविचार के सदस्यों का नाम स्वित्र V-Q 1 | | Gender सिंग AX | अवेदक के साथ सम्बंध दिक्षा |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति | SISTANCE (Tick which | ever is applicable) | |
| BPI. Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (ग्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे। | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतान को | (At | ation Card lach Copy) मोक्ता कार्ड डापा प्रति संतर्न को | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
| | | | REQUESTING ASSIST केचे गर्वे विनती का उद्दे | | |
| Sr. No. क्रम संस्था | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनेदन सूची संलगन सिव्युगावर कि | | | | |
| | RIC Senile Conaract | | | | |
| | | | | | |
| | SURGERIU RIE 52CS WITH PRIMA LAN CAMP | | | | |
| | | | | | |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILED I | | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम | | | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता छत्री | |
| | DRC | | | 200 | 100 |
| | 1 | | | | |

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.

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.

- 1) में घोषणा करत हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विकाश एवं कवन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहापता निरस्त को जा सकती है।
- में द्वार जो सहायत गाँश "कोशिका फाइन्देशन", से ली का खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकथ में घर गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस महापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राति का आशिक या सकल हिस्सा किसो अन्य म्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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) (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.

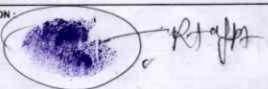
with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me

1) इस प्रथा पर अपने हस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुण्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाथ, पता, जोता और जो विकास इस प्रपन्न में प्रोपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गौतीविधियों और उजलियां के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहापता के टब्देरचों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहापता का हकदार नहीं बनाता। इस सन्वर्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आचेरक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HAMMING WITH WATE)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मानक्षरीयी को "कोशिका काउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की आती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ले वर्तमान और न ही पविष्य में विशिष स्वाधिता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोट से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वाधित उका के सन्वध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायद विन्ति व्याशिक/सकत हेंदू मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य पर का संस्था या किसी अन्य सन्वधन से सहायद लेने का अधिकार सुर्वका रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेंतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल फितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वार दो गई सलाह या किये गये उपचार प्रक्रिया का चुनाय सेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसो प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई गृथिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

अपरशन का ताराख

Dr. Utsey Deep (Name of Dr. 2 Negn. No. with Styraps UP: M. 2 Negn. No. with Styraps Dec par Aripathi
Aprilinistrator
(Name Designation & Stand of Amborised Signatory
on benalt of Mospile)
Mospile after stand albeit bluent

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताक्षा 2

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्ताक्षर ।

2