		MOH- C-2	1	1954
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)	Koshika
APPLICATION No.: M 0125 1051			PLICATION DATE	Building block of life.
NAME of APPLICANT सक्दक का नाम	Fair		AGE-YEARS STO-IT (SE	t fem
ATHER'S/SPOUSE'S मता/कटुम्म का नाम	NAME:	About Mise	al	
00. 61	agangi	PRESENT RESIDENCE ADDRESS		PASTE PHOTO TIME
UHa	h Pro	desh-201501		Probest passes
	Pi	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS:	स्थाई आवासीय पता	
		73.115 100	1411	
CCUPATION:	farm	0	MARRIE	(विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
OTAL ANNUAL INCO हुल वार्षिक आय	ME: 85		(Attach i	Proof of Income) त साह्य संलग्न)
AN No. स्थाई खाता स	ख्या			
RE YOU AN INCOME या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE ( है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सत्ती का निशान लगाये।	Yes / No हां / नही	
Sr. No.	Na	FAMIL me of Family Member	LY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gende	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) Gende उम्र (वर्ष) लिंग	आयेदक के साथ सम्बंध
	MI			
		BASIS for REQUESTING ASSIST	TANCE (Tick whichever is applic	able)
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झामा प्रति मंतगन करे।		सहायता के लिये विनति आ EWS Certificate	Ration Card	Any Other
		(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थाप प्रति संलग्न करे)	(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संत	Basis/Proof अन्य कोई सास्य
			QUESTING ASSISTANCE:	
		V2VE NO.	। गये विनती का तद्देश्यः	
Sr. No. क्रम संख्या		Medic	cal Reports/Prescriptions Atta	ched वी संसाम
Sr. No. क्रम संख्य	Biogr	Medie अस्पकल/	cal Reports/Prescriptions Atta खोक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सू	thed भी संस्थान कि. U.C. (Q.I.A) 100 (
	Diagr	Medie अस्पकल/	cal Reports/Prescriptions Atta ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सू	वी संस्पन्
	Diagr	Medie अस्पकल/	cal Reports/Prescriptions Atta ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सू	evine catalian
	0	Medical Services	cal Reports/Prescriptions Atta डॉक्टर से जारी की गई प्रतिमेदन सू हिन्दि है	in the catalog
	Diagr Diagr	Media seraner	cal Reports/Prescriptions Atta	evine catalian
	0	Media stranger	cal Reports/Prescriptions Atta	ma lens camp
	0	Medic अस्पताल/	cal Reports/Prescriptions Attaction के जारी की गई प्रतिवेदन मू	entle catamant  Live catamant  Ma IEDA Camp  sources  Tell size
	0	ASSISTANCE BEING AVAILED for SEH उद्देशम के हेतू कोई अन्य स	cal Reports/Prescriptions Atta	SOURCES THE BEING AVAILED HE THE HERMIN WITH
क्रम संख्य Sr. No.	0	Medic अस्पताल/	cal Reports/Prescriptions Atta	SOURCES

## DECLARATION by APPLICANT: आगेरस द्वारा योगणा पत्र:

- 1) 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.
- 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 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) मैं घोषण करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असम्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता गाँत "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी डपेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, को इस प्राक्रप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का अधिक या सकल दिस्सा किसी अन्य खेतानियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिख है और न ही पविष्य में लैंगा।

### 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.
- इस प्रयत पर अपने इस्तावन या अंगते की छाप लगाकर, में (आयेरक) अपनी सत्वमति की पुष्टि करता हूँ एवं "काँतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामो, रान, माचना/या दूसरे उद्देश्य में नुद्री पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यय में प्रमारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विकाश मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका काउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्थात: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सर्वाध में "क्रांशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑठम और बाध्यकारी होना।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रस्तावर या अंगुरे का निशान

mus nav

#### AGREEMENT by HOSPITAL (EXAMEN THE MEET)

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, इस्ताक्ष्मी की ओर से मामलेशीमी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इस (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न हो वर्तमान और न ही परिषय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लीगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कॉशिका फाउन्हेंशन"

से सिफारिश/विनीत उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायका विनीत आशिक/सकल हेतु सन्बुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थान से सहायता लेने का अभिकार सुरक्षित रखता है। इस चूच्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उनत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉरिका फाउन्टेशन" से ली गई सहाबता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनान रोगी एवं हस्यताल

कं बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार्ग किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्मावल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की शांगों और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेग्रारी इस मामले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकर्ता के लिए संस्तृति

Date of Surgery

( Name of Dr. & Regn. No. with Stapp) डाक्टर का नाम वे हैंग्लाक्षर व राजि. न

Charity Eye (Name, Designation & Stamp of Authoritied Signatory तम के पर हम्पताल अधिका आध्वारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी हस्ताक्षर ।