API		ORM FOR ASSISTAN त् आवेदन प्रारूप	CE	(Healti (स्वास्थय	ncare) रेखभाल)	Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/012	5/1056	APP	CATION DATE	101185	Building block of life.
NAME OF APPLICANT: ROS LIVITY AGE-YEARS STITE-OFF SEX TO SHIP OF A SEX TO						
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्भ का नाम	S NAME :	Radalalal				Sand Residence of the Patrick St. Co.
KARII	INA GA	PRESENT RESIDENCE ADI	None		ani	TEM ASSESSMENT EMPRESANCES
Mo	0	OFT OHA OF	DRESS: T	हि आंधासीय पता	<u>c</u>	laces (19142)
		aum as	Apoq N	4		
OCCUPATION: SQUARTU TOTAL ANNUAL INCO	home	^				ন) / UNMARRIED (অবিবাচিন)
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता	3/	100 -		2	(Attach Proof of	
ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable) स पर सही का निशान लगाये।	þ	Yes/N हां/न		
Sr. No.	I No	ome of Family Member		DETAILS परिवा Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्य	a	मिरियाः के सरस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)	हिलेग	अवेद्द्रह में साथ सम्बध
			1			
		BASIS for REQUESTIN			never is applicable)	
BPL C	ard	सहायता के लिये EWS Certificate	विनति आधा		etion Card	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झावा प्रति संलग्न करे।		(Attach Certificate Copy) अरूप आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को काया प्रति संस्तन करे।		(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छरग प्रति संतन्त करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
				L JESTING ASSIST ापे विनती का उद्		
Sr. No.	Medicui Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
क्रम संख्या	Branchis MF 361				ति । । । अववदन सूचा सल	ladamaet
	RIE Senil				Enile	Cadanaer
	Swapy RIE STOO WITH PN				ima lin	
		ASSISTANCE BEING AVA	LED for SA	ME "PURPOSE" पता किसी अन्य	from OTHER SOURCE	DES
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASS		of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशी
		PBCS			Then 1	
					1	

## DECLARATION by APPLICANT: आवंदम द्वारा घोषणा 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, solvie for resection/rennellation.

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सकी है। यदि कोई विकाण एवं कथन असाथ पाया जाता है तो मेरी महायदा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायत गरिर "कोशिका फाउन्डेशन", से तो के रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जावेगा, को इस प्रकल में भग गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि निम सहायता हेंद्र यह प्रार्थना को गई है, उस राति का आरिक या सकत हिस्स किसी अन्य झेत/नियंश्रक/बोमा कम्पनी से व तो लिया है और न ही परिष्ण में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (SINGE BIT WIT)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshiku 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 प्रथव पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे को साथ लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमित को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका काउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, एक, फाटे और वो विवरण इस प्रथव में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से दुदी गीतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए ऑधिकृत है। मेरे प्रभव का विवरण मेरे इलाव के पहले था बार में करने के लिए "कॉशिका काउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, चल, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उर्दरयों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक्य उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हरशास या अंगुटे का निशान

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

Blog pt

## AGREEMENT by HOSPITAL ( ( ( HHOSE DE WOR)

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 reither 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/conforded by 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, हस्ताक्ष्यों को ओर से माम्यत्रोंगी को "कोशिका फाटन्टेशन" से चितिय सहायता हेतु सिकारिश को खती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिक्पतिशाशिकति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा मदद हेतु कि है। चित्र "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सहायता किसी आश्रिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से संहायता लेने का अधिकार सुरक्तिर स्वता है। इस पूर्वेट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय सदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

2. "कोशिका चाउन्टेशन" से ली गई सहावता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वार कियो प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अपोशन को तारीक्ष Dr. Utsav Capp U.B.B. Missory Surgery अपोशन को तारीक्ष (Name, Designation on behalf of Hospital) Sahadava (Name, Designation of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 2