		MOM- C-	25-9	- 0395		
		ORM FOR ASSISTANCE त् आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थव		Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/01:	25/1063 AP	PLICATION DATE:	1 . 1 1 40	Building block of life	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम			AGE-YEARS			
FATHER'S/SPOUSE'S	Bario	THE THE	55	M	TO THE REAL PROPERTY.	
पता/कटुम्भ का नाम	B	1 /1 000				
PipHa		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता		AME SAMULES	
ripma	MOL	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	grio ma,	piping form		
	Utlean	Prodesh - OBIS	06		Dana Polit	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS			Product Posts	
		All as	about			
OCCUPATION :	1			-		
व्यवसाय	THUMEN			MARRIED (Featign	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	ME: OS			(Attach Proof of I	ncome)	
PAN No. TRIE BIRE H	खिया	000		ियान का साम्ब	1073)	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No			
श्या आप आय कर दाता	ह (जामान्य हा त	STEED AND STEED AND AND STEED AND ST	र्ध / नह			
Sr. No.	Name of Family Member Age (Yea			Gender Relation with Applicant		
क्रम संख्या	प्र	रेवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	<u> लिंग</u>	आवेदक के साथ सम्बध	
			11-11-11			
				1965		
				Carl Carl		
				20074		
	_					
		BASIS for REQUESTING ASSIST सहायता के लिये विनति आ	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण का (प्रमाण यत्र की छाया प्रति संसन्द करे।	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाण यत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
11 14 14		"PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये	QUESTING ASSIST			
Sr. No.	1 = 1 -	Medic	cal Reports/Prescr	iptions Attached		
क्रम संख्या	NAME OF	अस्पताल/डॉक्टर से जारों की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न				
	10	ngi wai	H.	2 mile	Costerior	
			UE	revise	cotang( t	
	00.			0,	Parke	
	- auna	South the 2	17.7	MIAP	mind lens an	
			04.70			
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S	SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	5	
	THE	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य स	प्रायता किसी अन्य स	बोत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE भ्राज्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
		DRCI		Otal		
	_	DP-		70	00	
	_					

## DECLARATION by APPLICANT: SHREW BEI STUTIE TX:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & origining 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) में संप्रणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सधी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्राया जाता है तो मेरी महत्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे ह्या जो सहायत गरिंग "कोशिका फाटन्देशन", में ली का रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आंतिक य सकत हिस्सा किसी अन्य ब्रोट/नियोजक/बीमा कम्पनी से न से लिया है और न ही पीतम्प में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb incression 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 उपत पर अपने इस्ताक्षा या अपने को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयोत को पुष्टि करण हूँ एवं "कोशका फाउंडेशन और उसके न्यामीयाँ "को अधिकृत करण हूँ कि मेरा नाम, पान, पाउं और जो विवरण इस प्रपन्न में सीवित है, उसे "कोशिका" एक्स, न्यामी, रान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तर माध्यम से उसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, क्या, फोटो और विधरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवन् उसके न्यानियों का निर्मय और वाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के सन्तक्षर का अंगुठे का निशान

+ 1, 9,

AGREEMENT by HOSPITAL (FIRMER STILL STILL)

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:

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.

हमारं अधिकृत, हत्याक्ष्ती को ओर से नामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से विविच सहायता हेतु सिफारिश की खती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही शिवास में विशिष महापता किसी मेंर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखेट से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" हो। सिर "कोशिका फाउन्देशन" हात सहायत निर्वत आंतिक/सकल हेंदू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सतायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखाता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेंदू किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल कितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा थी गई सल्ब्रह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल की बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई गुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थोक्ती के लिए संस्तुति Decipal Ripathi Dr. Utan Deep अपिशन को साम्यास Dr. Utan Deep (Name, Decipal Sanadava (Name, De