| API | | ORM FOR ASSISTANCE | | | 1001.1 |
|--|--|--|--|--|--|
| सहायता हेत् आवेदन प्रारूप | | | (Healthcare) (स्वास्थय देखमाल) | | Koshika |
| APPLICATION No. : सर्वेदन संक्ष्या : | M/012 | S- 1060 AF | PLICATION DATE | 0 1185 | Building block of life. |
| IAME of APPLICAN रावेदक का जाम | Savi | | | ्वर्ष (sex लिंग | |
| ATHER'S/SPOUSE'S | S NAME: A | 7 - 4 - 74 - 4 | | | |
| Nich | H1 . b | PRESENT RESIDENCE ADDRESS | वर्तमान आवासीय पता | NA PLAN | |
| | Shipping U | Han Phadoth- | 202701 | | PORMA ROLL |
| | Р | ERMANENT RESIDENCE ADDRESS : | स्थाई आवासीय पता | · · | 12 feet la |
| | | | | CHOCK TO | |
| CCUPATION: GENERAL OTAL ANNUAL INCO | Hon | u neafren | | The second secon | UNMARRIED (अविवाहित) |
| पुल वार्षिक आग | 25, | 000 | Salar V. | (Attach Proof of Inco (आय का साक्य संल | |
| AN No. TRIE MINI T RE YOU AN INCOME | TAX ASSESSEE | (Tick whichever is applicable): | Yes / No | | |
| ग आप आय कर दात | हं (जा मान्य हो उ | स पर सही का निशान लगाये। FAMI | शं / नर्ह LY DETAILS परिवार | | |
| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिचार के सदस्यों का नाम | | Age (Years) तम (वर्ष) | Gender [लंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध |
| | | | 38.332 | 100 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | BASIS for REQUESTING ASSIS | TANCE (Tick which | | |
| | | सहायता के लिये विनति अ | | ever is applicable) | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथा प्रति मंलग्न करे। | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया प्रति संसरन करे। | TO THE PROPERTY OF STREET, SAN AND ASSESSMENT OF STREET, SAN ASSESSMEN | | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य |
| | | | QUESTING ASSISTA । गये विनती का उर्दे | | |
| | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेहुन सुधी संलान | | | | |
| Sr. No. | Bingnosis HE teneli | | | | a democt |
| Sr. No. ग्राम संख्या | THE PERSON NAMED IN COLUMN | | TIE LA | nilo | catanant |
| | 1.1 | | 40 000 | record | |
| | | The state of the s | 40 200 | DETENZA | 1661 2411 |
| | er d | eny HE SI | و م | in Plans | tens cam |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILED for | SAME PURPOSE | from OTHER SOURCES | tens com |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उप्टेश्य के हेतू कोई अन्य र NAME of OTHER SOURCE | SAME PURPOSE | from OTHER SOURCES तेत से लिया गया हो? AMOUNT of A | SSISTANCE BEING AVAILED |
| क्रम संख्या | | ASSISTANCE BEING AVAILED for | SAME PURPOSE | from OTHER SOURCES तेत से लिया गया हो? AMOUNT of A | |

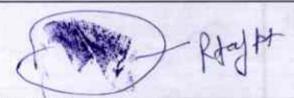
DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 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 भरता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सकी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय प्राया जाता है जो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वार जो महायता सांश "कोशिका फाउन्देशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्व के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहापक्ष होतू यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्स किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न से लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (अवदक 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 प्ररूप पा अपने इस्ताका या अगते को छाप लगाका, मैं (आवेरक) अपनी सहमति को पुष्टि करता है एवं "कोशिका कार्यह्रेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटे और जो निकल इस प्रपत्र में मोवित है, उसे "कोशिका" एवम् नासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा चम, पता, पतेटों और विकाल जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्थत: सहायता का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशाबा" एवए उसके न्यांसियों का निर्णय औरम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : कार्यरक के इस्तावार वा अंगूडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (KARINE GIR WOT)

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, हस्ताक्ष्मी को और से मामाकेरोगी को "कांशिका काउन्देशन" से वितिय सहावता हेतु सिकारिश को जाती है, जिसे हम (हस्ताता) निग्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न तो नर्नमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामाले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

से सिकारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" इस मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" इस सहायता विनति अस्थित अस्थित के सम्बन्ध में "कोशिका काता है तो अस्थताल किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वयद कहा जाता है कि अस्थताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काठन्देशन" से ली गई सहाब्क केवल चितिय प्रकृति को है। ऐंगी पर हस्पक्षल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चूमिका या किम्मेदारी इस व्यापल में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE 100:0 स्वीकृतों के लिए संस्तृति Date of Surgery Deep Sahadava Hosp Monammadi-Kheri -30746 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of DICs Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डीक्टर का नाम व केस्ताक्षर व रवि. न. नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2