mon - c - 24 12 - 4608

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखमाल)					Koshika	
APPLICATION No. :	M 0125	1069	APPLICATION DATE	101105	Building block of life.	
AME of APPLICANT विदेश का नाम		lapal	AGE-YEARS H	वर्ष sex लिंग		
ATHER S/SPOUSE S स्त्राकटुम्ब का नम	NAMÉ :	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	lal		E INDER	
chaipu	Rabina	Kavidam, K	hauna h	, KUMISK	Anost Rostoll	
1	117.75	PROPERTY AND ADDRESS OF THE PROPERTY OF THE PR	िक्या अवस्था प्रता		W	
CCUPATION:	fan M	60	P. L. P.	MARRIED (Railed)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCO हुत वार्षिक आप	ME! 35,	mi		(Attach Proof of In (आय का साक्ष्य सं		
AN No. स्थाई खाता स RE YOU AN INCOME या आप जाय कर पाता	TAX ASSESSEE (lick whichever is applicable): प्रयस्ती का निशान लगाये।	Yes / N 81 / 3	स्री		
Sr. No.	l Na	FA me of Family Member	MILY DETAILS परिवा Age (Years)	र विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	बार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
				100		
				197		
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	hever is applicable)		
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आण आप शर्म प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संसान क	4	Ration Card Attach Copy) प्रभोक्ता कार्ड की छाषा प्रति संसम्य करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साझ्य	
		"PURPOSE" for	REQUESTING ASSIS	STANCE:		
Sr. No.	1	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	भ्याताल/डॉफ्टर से जाएँ की गई प्रतिक्षेदन सूची संलान भिरामका					
	pe levile cotamante					
	Surgery HE 3203 With Prince tery comp					
				- CEUE COURS	26	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	त्य सहत्यता किसा अन	क्ष्मात स्व श्लाबा बच्चा हरा	of ASSISTANCE BEING AVAILED	
St. No.	NAME of OTHER SOURCE		RCE	AMOUNT	ली गई सहायता राशी	
क्रम सख्या	DACS			1 0 0	20/	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पा:

- 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) में भोषणा करता है कि इस प्राक्षण में दिये तथे सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मदि कोई विवरण एवं कथन असन्य प्राप्त जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जो स्त्री है, उसका उपयोग तसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस स्तायत होतू यह प्रार्थना को गाँ है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रांश/नियोजक/बीमा कंप्पनी से न तो तिया है और न ही पविषय में लूँगा।

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.
- 1) इस प्रयह पर अपने हस्ताक्षर या अपने की छाप लगाका, में (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि काता मूँ एवं "क्रोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता मूँ कि मेरा चय, पता, पतारों और वा अवताण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "क्रोशिका" एवस् न्यासी, द्यन, मानकत्या दूसरे उट्टेश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मान्यम से प्रसारित करने के लिए ऑफकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "क्रोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, एता, फोटो और विकाल जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्थत: सहायता का तकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कॉलाका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारों होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेदक के इस्तास का अंगूटे का निवास

Hoff

AGREEMENT by HOSPITAL (KARRIER DID 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 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 and 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, हस्ताशारी की ओर से मामलेशीमी को "कोशिका फाठन्डेशन" से बितिय स्तापता हेतु सिकारिश को जाती है, जिसे हम (हस्सातल) तिम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्गयन और न ही पविषय में वितिय महायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी-पामले में लीगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निफारिश-जिन्नी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हात सहायता विनात आशिक-सकत हेंदु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरवित रखता है। इस पृष्टि में स्वय्ट कहा खाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी-पामले हेंतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सकत से नहीं लेगा-लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायात बोक्त वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिक्ट का चुनाक रोगी एवं हस्पताल में बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पूर्मिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी?

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** bahadaya गंपरेशन की नाइल Mohammadi-Kheri (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) बाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पर हम्पतान अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1