		MON- C-19-	1 000	7	4.	
APPI		RM FOR ASSISTANCE । आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika V	
PPLICATION No. : विद्य संख्या :	M/01:	25-1074 APP	PLICATION DATE	01/35	Building block of the	
AME of APPLICANT विदक्ष का नाम	Alon	Johan	AGE-YEARS STE	-वर्ष SEX लिंग		
ATHER'S/SPOUSE'S ता/कटुम्म का नाम	NAME:	aha headdin			(ATOHER)	
Bedan D	DM A	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	र्तमान आवासीय पता	(8 H	6 A A A A A A A	
	mping	THEN PROJE	eh - 262	728	proper prestor	
		amanent residence address:				
CCUPATION:				MARRIED (Raillen)	- UNMARRIED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCO	ME:	nemaken		(Attach Proof of Inc	ome)	
हुत वार्षिक आय AN No. स्थाई खाता सं	30,0	000/10		(आयं का साक्ष्य संस	14)	
		Tick whichever is applicable): । पर सती का निशान लगाये।	Yes / No			
वा आप आय कर दाता	हें (जो मान्य हो उर		हां / नहीं Y DETAILS परिवार			
Sr. No.	Name of Family Member		Age (Years) Gender		Relation with Applicant	
र्कीम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	1		Will	-		
	+			+		
		BASIS for REQUESTING ASSIST सहायता के लिये विनति आ		ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसरन करे।	IIA)	tion Card ach Copy) गेक्ता कार्ड छाया प्रति संतन्त करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
		"PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये	QUESTING ASSISTA			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर से जारों को गई प्रतिवेदन सूची संसरन					
4	Diardhexix Alt Jehiso Codaract					
	RIC genillo contanget					
	suggesty RIE SICS with Pomma Land count					
					1 13	
		ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES		
		इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य र	प्रहायता किसी अन्य स	क्षेत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई संस्थाता राशी		
				2000/		
	CV	AC 9		2	0000	

-0/80

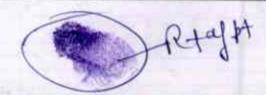
## DECLARATION by APPLICANT: MINES THE WHOLE THE

- 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवस्त मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सार्व है। यदि कोई विशरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की का मकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहाधता गति "कांशिका पाठन्वीसन", ये ली जा रही है, उसका उपयोग उसी प्रदेश्य की पूर्ति से लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा शब्द है।
- वै पुष्टि काता है के जिस समावत होतु पर प्रार्थन की गई है, इस सीत का आदिक या सकत दिस्ता किसी अन्य संवर्धनियोगक/बीच कन्यनी से व तो तिया है और व ही मक्किय में ल्हैंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (writes and work)

- 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 प्रथप पर अपने वालाक्षर या अपने की बाप लागका, में (आयंदक) अपने सहयति को पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका काउडेशन और उसके न्यासीओं " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, कारों और जो विकास इस व्याप्त की लिये किसी भी प्रसार साध्यम में प्रसार ता करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथप का विवास में प्रसार मांच्यम में प्रसार ता करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बाट से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पात, फोटो और विवरण जो कि सहायत के उन्देश्यों से डॉबित है मुझे ल्या: सहायत का हकपार की बच्चा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उल्लो न्यांसियों का निर्णय ऑतम और वायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदन भे बनावार या जंदुरे का निराम



## AGREEMENT by HOSPITAL (YERRIN BRI WER)

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 Kosnika Foundation. In 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

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, इस्तक्षरी की ओर से मामने/योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से नितिय नहायक हेतु निफारित की जाती है, जिसे हम (इस्पतान) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही धीनध्य में वितिय सहायका किसी मैर सरकारी संस्थान जा किसी अन्य स्वीत से प्रका रोगी/धामने में सेंगे न से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कावन्डेशन" में किस्परिक्षणियों। उनते में सम्बंध में "कोशिका जाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। की "कोशिका कावन्डेशन" द्वारा सहायता जिसी आस्थात किसी अन्य मैं सम्बंध में स्थापन दिवार महिता काव है तो अस्थातन किसी अन्य मैंन सरकारी संस्था में किसी अन्य सन्ताधन सेने का अधिकार सुर्योगत रखता है। इस पुष्टि में सन्य कहा जाता है कि अस्थातन दिवार महेद उसते एंगी/बागले हेतु किसी

पैर सरकारी संस्था च फिली अन्य साधन में नहीं लेगालीगा।
2. "कॉरिक्स फाउन्टेंसन" से की गई सहायता केवल किंगिय प्रकृषि की हैं। रोगी पर हस्यातल द्वार की गई सलाह चा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यातल के बीच का विषय है और "कॉरिक्स पाउन्टेंसन" द्वार किसी प्रचार का गोई काम गाँ है। इसॉलवे इस्पताल में रोगी के इलाव सुराश और काने आने की कारी किम्मेशारी रोगी एवं हस्यातल की होगी और "कॉरिक्स" की कोई भूमिका या जिम्मेशारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के निरम् संस्तृति

Date of Surgery
अग्रेरीन को जर्मेंड

(Name of Dr. & Reght. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इस्तवार व ग्रीज, द

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपक्षेत्र हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यामी इस्तवार 1

पिकारिक उपक्षेत्र हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यामी इस्तवार 1