mom- c- 25-01-0714

AGE-YEARS आयु- वर्ष SEX किंग SEX किंग SEX किंग अपनि का जान किंग किंग किंग किंग किंग किंग किंग किंग	APP	Koshika				
AGE-YEARS SOT THE SECRET STATE OF THE SECRET STATE SECR	APPLICATION No. :	11/01	25/1087	APPLICATION DATE	01125	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS RETURN SPETTING THE PRESENT RESIDENCE ADDRESS RETURN SPETTING ADDRESS RETURN THE PRESENT OF A SPETTING ADDRES	NAME of APPLICANT आवेदक का नाम			AGE-YEARS	तपु-वर्ष SEX सिंग	6
PRESENT ABSORNER ADDRESS FOR THE STORY AND THE SOURCES STATE OF THE SOUR	FATHER S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम		PIK ROM			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Tell smaller पा। ADDRESS: Tell smaller पा। ADDRESS: Tell smaller पा। (Altach Proof of Income) (Interest Response) (Altach Proof of Income) (Interest Response) (Altach Proof of Income) (Interest Response)	Borti	Подна	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	De TI So	di .	MANO MANE IS A
CCUPATION: PRESENTED AND A CONTROL OF THE PROPERTY OF THE PR	U	Han Pp				pouls fol
MAGAMED (Parties) / UNINARRIED (जाववाहर) TOTAL ANNUAL INCOME: क्षित्र वाह्मा कर्मा अग्र (Altach Proof of income) (अग्र का सक्ष्य संस्मय) AN No. रवाई खाला संख्या (अग्र का सक्ष्य संस्मय) AN No. रवाई खाला संख्या (अग्र का सक्ष्य संस्मय) FAMILY DETAILS अग्र प्रियम हिंदी अग्र मार्थ का प्रसाद का प्रमाद का प्रमाद का प्रसाद का प्रमाद का			ame as ab	pue.		
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): श्र अगर आप आप कर यहार है (जो मान्य हो उस पर सही को निरास समारिक। Sr. No. Name of Family Member परिवार के सर्दर्श के नम परिवार के सर्दर्श के नम Resistion with Applicant अप स्था है (जो मान्य हो उस पर सही को निरास समारिक। FAMILY DETAILS. परिवार विवारण स्थित के सर्दर्श के नम परिवार के सर्दर्श के नम अप अ	OCCUPATION:	Home	maken		MARRIED (Tagisa)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): श्र अगर आप आप कर यहार है (जो मान्य हो उस पर सही को निरास समारिक। Sr. No. Name of Family Member परिवार के सर्दर्श के नम परिवार के सर्दर्श के नम Resistion with Applicant अप स्था है (जो मान्य हो उस पर सही को निरास समारिक। FAMILY DETAILS. परिवार विवारण स्थित के सर्दर्श के नम परिवार के सर्दर्श के नम अप अ	मृत वार्षिक आय	ME: BE	is orale fan	4/4	(Attach Proof of Inc (आय का साक्ष्य संस	ome) rii)
Sr. No.	RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable):			
प्रतिवार के सदस्यों का नाम उस् (वर्ग) लिए आलेवर के साम साम्या अप (वर्ग) लिए आलेवर के साम साम्या अप (वर्ग) लिए के साम करें। अप कोई साम्य अप (वर्ग) लिए अप (वर्ग) लिए के साम करें। अप कोई साम्य अप (वर्ग) लिए के साम करें। अप कोई साम्य अप (वर्ग) लिए के साम करें। अप कोई साम्य अप (वर्ग) लिए के साम करें। अप कोई साम्य करें। अप कोई साम करें। अप कोई साम साम्य कोई साम साम कों कोई साम साम कों कोई साम साम कों कों का साम कों कों का साम कों कों का साम कों का सा	11 - CO 1 - SHI S - SHI	V.C.10 10.4.41.4				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) RETURN के लिये जिनति आधार (Attach Card Copy) गरीको रोखा के निषे प्रमाण पत्र (अमान पत्र को सामा मार्ग मांगम करे। (अमान पत्र को सामा मार्ग मार्गम		Na uf	me of Family Member	Age (Years)		Relation with Applicant
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लियों विपति आधार (Attach Card Copy) गरीको रोशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को काम प्रीव प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को काम प्रीव मंतरान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता है किये गयों विपती आधार "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता है किये गयों विपती का उर्देश्यः Sr. No. कम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हे वृक्षि अन्य सहायता कियों अन्य स्थान पत्र हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हे वृक्षि अन्य सहायता कियों अन्य स्थान पत्र हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED क्रम संख्या स्था संख्या स्थान संख्या अस्य स्थान का वाम						
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहार्यका के लिये विपरित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीको रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (अमान पत्र को खाया प्रति संतर्य करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहार्यका हो लिये विपरित आधार (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संतर्य करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहार्यका हो किये गये विपती का उर्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहार्यका हो किये गये विपती का उर्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहार्यका हो किये गये विपती को उर्देश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहार्यका हो किये गये विपती को स्वर्धकार में स्वर्धकार करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE अस्थाताल्य होन्दर से जारी को गई प्रतिकेदन सुन्धी संतर्य "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्द्रायच के हे कु कोई अन्य सहायता किसो अन्य सर्वतर से लिया गया हो? AMME of OTHER SOURCE अस्य संत्रिया "से महायता ग्राती		10	221.52			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहाधाता के लियों विपति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीकी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खावा प्रति संलान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहाधात के लियों विपति आधार (प्रमाण पत्र को खावा प्रति संलान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहाध्यत हो त्रु कियं गये विपती का उर्दश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहाध्यत हो त्रु कियं गये विपती का उर्दश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहाध्यत हो त्रु कियं गये विपती का उर्दश्यः "PURPOSE" क्षा मंत्र्या कियं विपती का उर्दश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहाध्यत हो त्रु कियं गये विपती का उर्दश्यः "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहाध्यत हो त्रु कियं गये विपती का उर्दश्यः "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्दश्य के हे तु कोई अन्य सहाध्यता कियों अन्य सर्वत से लिया गया हो? AMBUE OTHER SOURCE अन्य संत्रिया "मार्गिस महाध्यता सारी	(8)	Ank Hain		27	M	2 oh
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये जिलति आधार BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) परीको रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (अमान पत्र को काया प्रति मंतन करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. अभ्य संख्या Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अन्य संख्या अस्थतालए/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संख्यन ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से दिखा गया हो? Sr. No. Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वेत का ताम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो यह महायता गरी	(9)	્લ	31 700	9)		7,400
सहायता के लिये विनित्त आधार EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को काचा प्रति संतरन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उट्टेश्य: Sr. No. कम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उट्टेश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उट्टेश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. No. No. No. No. No. No. No.	3	F	allen	33	M	Sow
BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संतान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विमती को उद्देश्यः Sr. No. कम संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य करेंग का नाम NAME of OTHER SOURCE अन्य करेंग का नाम					hever is applicable)	
अस्पताल हेतु किये गये विभागे का उद्देश्यः Sr. No. कम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जांगे की गई प्रतिवेदन सूची संलगन सिम् प्रतिवेदन सूची संलगन अस्पताल/डॉक्टर से जांगे की गई प्रतिवेदन सूची संलगन अस्पताल/डॉक्टर से जांगे की गई प्रतिवेदन सूची संलगन अस्पताल/डॉक्टर से जांगे की गई प्रतिवेदन सूची संलगन अस्प संलग की जांगे सहित्या गया हो? अस्प संलग की गई महायता ग्रही	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रकाण पत्र		EWS Certificate R (Attach Certificate Copy) (A		Attach Copy) पर्माक्ता कार्ड	Basis/Proof
अस्पतालगड़ीकर से जारे को गई प्रतिवेदन सुची संलग्न RESPUTE CONTROL RESPONDENT OF SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME OF OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम अस्पतालगड़ीकर से जारे महायता सही						4 - 1
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES SET SECTION AND THE STATE OF THE SECTION OF THE SOURCES SET SECTION AND THE SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED SET THEFT SET THE SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED WHITE SET THE SET THE SOURCE AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED WHITE SET THE SE						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उस उर्दश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संवेद्या अन्य स्वीत का नाम ली गई महायता गरही	क्रम संख्या					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संवीत का नाम ली यह महायता राशी						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम ली गई महायता सही				1.1.		
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या अन्य स्थोत का नाम ली गई महायता राशी		Swige	un kle s	टाटा एवं	th Primo	ten any
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संत्रमा अन्य स्वोत का नाम ली गई महायता राशी						*
क्रम संख्या भी वर्ष महत्त्वत स्थात का नाम						
DRG SOOO/	The state of the s	N O अन्य स्वीत का नाम				
			DRO		2000	
					1000	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा योगणा 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 I at 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 घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारों के अनुसार सस्य एवं सधी है। यदि कोई विवरण एवं कथर असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायहा निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राहि "कोशिका फाउन्डेशन", में रही का रही है, उसका उपयोग तमी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेण, जो इस प्रक्रम में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहापता हेतू यह प्रार्थन की गई है, उस शरित का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोत:नियोजक/बीधा कथ्यनी से न तो क्लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अलंदक 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/actievements. 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 प्रया पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की क्राय लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "क्रोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता है कि मेरा ग्राम, पता, फांटो और वा विवास इस प्रयत्न में पीषित है, उसे "क्रोतिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना वा दूसरे उद्देश्य में जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसो भी प्रसार माध्यम में प्रसारत करने के लिए व्यक्तियां के लिए उधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास में देशक के पहले के पहले के लिए "क्रोतिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेठ नाम, पता, फोटो और किवरण जो कि सतामता के उप्देश्यों से आर्थित है मुझे स्थत: सतामता का तकदार नहीं बनता। इस सन्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांस्थों का निर्णय क्षिप्त और बाज्यकारी ठोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT MUITAL IMPRESSION : आवेरक में इस्ताधार पा ऑपूर्ड का निरमून

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.

हमारं अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फरवन्द्रेशन" से जितिप सहायता हेतु सिफारिश की बातो है, जिसे हम (हस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जर्तमान और न ही धविष्य में जिलिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान य किसी अन्य स्थोत से उका रोगी/मामले में लेंगे या ले तो है, जैसे कि इमने "कॉरिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनीत उका के सम्बंध में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा महायता जिनति आशिकासकल हेंगु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तरभन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेंगू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "क्रोशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह वा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाय रोगी पर्व इस्पताल के बीच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रोशिका" की कोई प्रिकार या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Deepal स्वीकती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** Deep Hospit (Name Designation & Stamp of Authorised Signatory of Dr. & Regn. No. with Stamp 6 on behalf of Hospital) नाम व पर हरपतान अधिकृत अधिकारी ब्टो का नाम व हस्साधर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 वासी हस्तासर । -वासी हस्तानाः ।