Mon C- 84-02-4129

APP		DRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	( March 2017)	althcare) थय देखपाल)	Koshika		
APPLICATION No.: M 0324 1331 APPLICATION DATE: आवेदन तिथी 01 03 124					Building block of life.		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम							
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: N	or Jahan Noruddin					
Khaisa	1 1	PRÉSENT RESIDENCE ADORES	plan pus	1 MHapas	Proc Post		
(A MAINE		ERMANENT RESIDENCE ADDRES	SS : स्थाई आवासीय		7000 1051		
Occupation.	- 11	Same creati	) V C				
OCCUPATION : MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)  TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)							
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता सं		0001- (tam	rily)	(आय का साध्य	। संसम्)		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		/ No / नहीं			
		F	AMILY DETAILS V	रवार विवरण			
Sr-No. कम संख्या	Na ufi	me of Family Member वार के सदस्यों का नाम	Age (Years)	Gender लिग	Relation with Applicant आवेडक के साथ सम्बंध		
		Vaushad	06	m	Soh		
2		Sheha		f	Doughter in low		
3	-	Faman	10	1	Cornand Doughter		
u		Wuman She	0.1		Caranal Dayabler		
4		- P. P. C. C.	0	1			
- 8		Alget	25.	7	Canana Jahry Her		
6		BASIS for REQUESTING AS सहस्यता के लिये विना	SSISTANCE (Tick wi	hichever is applicable)	Crownol Daughter		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्मा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम्य प्रति संलग्न करे। (		Ration Card (Attech Copy) उपभोक्ता कार्ड व की छाया प्रति संतान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य		
			REQUESTING AS: किये गये विनती का				
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन, सुबो संलग्न						
\$4 804I	1	Diagnosis Rie-Benje					
		0		LIĘ-	Service Caternalt		
		1					
2	Sw	geory Lie 2	Sics	with p	mmy lens camp		
	1 - 6				Nee .		
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उन्देश्य के हेतू कोई अ	for SAME "PURPO त्य सहायता किसी अ	न्य स्थोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOUR	RCE	AMOUNT	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता गरी		
		TIPZS			2000/-		

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा पत्र:

- 1) 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, tiable 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 करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य पत्य बाता है तो मेरी सहायदा निरस्त को जा सकतों है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस गृशि का अशिश या सकत हिस्सा किसी अन्य धोठनियोगक/बीच कम्पनी से न तो लिया है और न ही चित्रप्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवनेदक क्रारा 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 प्रयत पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीचें " को अधिकृत करता हूँ कि मेघ नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रयत में खोमित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पायना/पा दूसरे उन्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- मै (आयेदक) इस बात से सहसत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सक्षपता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः स्वायता का हकदार नहीं बनाता। इस सन्वंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतन और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आधेरक को प्रस्ताधर का आंगूते का निवान

PT of PT

## AGREEMENT by HOSPITAL (FEMALE DID WITE)

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

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, इस्ताक्षणे को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्होंशन" से वितिष सहायता हेतु मिकारित की कती है, जिसे हम (इस्पत्तत) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकाणे संस्थान या किसी अन्य क्योत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्हेंशन"

से सिफारिश/बिनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा सहायता बिनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकाणे संस्था था किसी अन्य सम्बन्ध से सरकाण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्पर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकाणे संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी यर हस्पताल द्वारा ये गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव येगी एवं हस्पताल के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्टेशन" 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" की कोई पूर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FO		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	MAZHAN S.M. S.M. Stamp) (Marrie of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तापर व र्राज. न.	(Mente) Delignation of Stamp of Authorised Signatory Dr. Stamp of Hospital)	
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	OUNDATION अन्तिक उपक्रिक हेर्नु विभिन्न हेर्नु विभिन्न विभिन्न हेर्नु विभिन्न हेर्नु विभिन्न विभन्न	
SIG	GNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताकर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकर 2	
Ę	sofungel	eile_	