APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No. : आगेदन संख्या :	M/03	1335	APPLICATION DATE	08/05	Building block of life.	
NAME of APPLICANT		//	AGE-YEARS	प्रयु-वर्ग SEX सिंग		
	. 0	nasari	69	1	AND AND	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME:	PRESENT RESIDENCE ADDRESS			THE RESERVE WAS DESCRIBED.	
Tra For	1	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय प	10	Trument Storens	
Maha	tate	lahoua 19	heri 1	HHO	Proper Boller	
- 9	Di	RMANENT RESIDENCE ADDRESS	adosh-	962722	De sel	
			160 Due			
					1 10 1 1	
OCCUPATION :	Hor	ne nake		MARRIED (TOTAL)	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME					Income)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संर	33	1000/16	nily	(आय का साध्य	मंलन)	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	/es/N	lo		
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो ठा	व पर सही का निशान लगाये।	र्वा / न	ही		
Sr. No.	Nar	ne of Family Member	MLY DETAILS परिवा Age (Years)	र विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	्र परि	बार के सदस्यों का नाम	तम् (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
(1)	FOL	PPU	36	M	304	
(a)	Rai	Marie	27	N	100	
(2)	1200	Janne	14	-10\	200	
	-)				
		BASIS for REQUESTING ASSI		never is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खया प्रति संलग्न करे।		(Attach Certificate Copy) (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र उप		ation Card ttach Copy) भोनता कार्ड ते क्षण प्रति संसम्ब करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
			EQUESTING ASSIS त्ये गये विनती का उद्			
Sr. No.			dical Reports/Preso			
क्रम संख्या	pinano					
	Buch	AND THE PROPERTY OF THE PROPER	100	000	foldstare.	
	-		deve	nue	rate rate	
	1					
	Auxa	mu ned	1001	1111	CHALL STATES	
	Jung	on he) 0 - 2 - 1	AL TO	t to the state of	
	1 0				amp	
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	SAME PURPOSE	from OTHER SOURCE	is \	
Sr. No.				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या		अन्य स्वांत का नाम		ली गई सहायता राशी		
		0100	3	Q	ore /	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदण द्वारा पोपणा 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 धोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सन्द एवं सही है। यदि कोई विकारण हवं कथन असत्व छवा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकतो है।
- भेर द्वार जो सहायश राति "कोशिका काव-देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वार्यमा, जो इस प्रकर्ष में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य क्षेत्र/नियोजक बीमा कमानी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँछ।

A.GREEMENT by APPLICANT (आवेशक प्राय 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 प्रचन पर अपने इस्ताबर था अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वामति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउबेशन और उसके न्यासीयों " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा साथ, पता, फोटो और जो लिलाग इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यापनात्या इसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार साध्यम में प्रमाणि करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विधाप मेरे इलाव के फार्न या कर में करने के लिए "कॉतिका फाउबेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस बात से सहमता हूँ कि मेरा नाम, फात, फोटो और विकाल जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑस्म और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अगरेक के हस्ताधर का अंग्रे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (FRIEND TO 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 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
- हमारे अधिमृत, हस्तामचे की ओर से मामलेजोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिप सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, फिसे हम (हस्तातात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ले वांधान और न ही भविष्य में विशिष सहायशा किसी गैर संस्थारी संस्थान था किसी अन्य स्वात से उका ऐसी-मामले में लोने वा ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विन्ति उक्ष के सन्वथ में "कॉशिका फाउन्डेशन" हारा सहायश विनति ऑशिका-सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जला है तो अस्पताल किसी अन्य मैं। सर्था किसी अन्य सन्धापन से सहायश लेने का अधिकार सुर्गका रखता है। इस पुष्टि में स्वय्ट कहा जला है कि अस्पताल द्वितीय करर उक्त रोगी/मामले बेतु किसी गैर सरकारी सीम्या या किसी अन्य साथन से नहीं लेना/लोगी।
- 2. "कॉरिका काउन्देशन" में लो गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का मुनाब रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोरिका काउन्देशन" द्वारा कियो प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी में इलाव मुख्या और आने आने की मारी विषयेश्वरी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोरिका" को कोई पुणिका या कियोशारी इस पायले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेतन को तारीख Dr. Ut (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Name of

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । प्रिक्रिया प्रिक्रिय प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिय प्रिक्रिय प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिय प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिया प्रिक्रिय प्