Mon-c-25-03-2196

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप		(Health (स्वास्थय		Koshika
APPLICATION No. : असमेदन संस्था :	M/0325 1345	APPLICATION DATE :	103/25	Building block of life.
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	: Keizendora kumay shu	KLG AGE-YEARS		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: Ume ahankay sh	ukeq		and the
Paika	PERMANENT RESIDENCE ADDRES	्रिक क्यार आवासीय पशा	DAI - Rhy	porlot Rostor
OCCUPATION:	Farmer	above.	MADRIED (Staffer)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय COTITOS MARKIED (I TOTAL ANNUAL INCOME : 45 > 000 /- (अय का र				come)
PAN No. THIS THE T	खन			717)
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान संगाये।	Yes / No हां / नह	Ť	
Sr. No.	Name of Family Member	AMILY DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	Vitale of Hermi on The	उम्र (वर्ष)	तिंग M-1	आवेदक के साथ सम्बंध 8012
	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनर्श		ever is applicable)	
BPL Ca (Attach Card गरीबी रेखा के नीर (प्रमाण पत्र की समा 1	rd EWS Certificate Copy) (Attach Certificate Copy) । प्रमाण पत्र आप आप वर्ग प्रमाण पत्र	Rai (Att	tion Card ach Copy) गेक्ता कार्ड श्रामा प्रति संसम्य करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य
		REQUESTING ASSISTA		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुची संलग्न			
	Diagnosis ye Simile Catagod			
	115 6-14 6			
		4	sense	Odlande
	Lugery UE SI	cs wi	th PM	ma
	0 3			
	ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES	
Sr. No. फ्रम संख्या	इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थो NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
27, 1000	DRCS		2000	
	0,000		20007	

## DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वारा घोषणा 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 solemnty 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 δ 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.
- में योषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सभी है। यदि कोई विकाण एवं कावन असम्य पाद्य जाता है ले मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जे सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", में सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकर्प में पश गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम सहायत होतु यह प्रार्थना की यह है, उस राशि का अंतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य सोत/नियोजक/कोम कम्पनी से न तो तिया है और न ही अविध्य में लूँक।

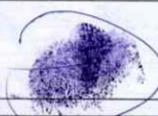
## AGREEMENT by APPLICANT ( andex gro wor)

- 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 प्रश्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉरिशका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और नो जिलाण इस प्रपत्न में मॉकिन है, उसे "कॉरिशका" एवम् नामी, पत्त, मास्ता/या पुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विधरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कॉरिशका फाउउडेंसन" य नामी अधिकृत है।
- मैं (अवदेदक) इस बात में सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसको न्यांमियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधन या अंगुठे का निशान

etalli



AGREEMENT by HOSPITAL ( \*\* HUSIN DIG WORL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताधरी को ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से चिठिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हरमाहल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) पर्ट कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किरिय सहस्यता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से ठका रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्यक विनति आरितक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहस्यता लेने का अधिकार सुर्शका रखता है। इस पुष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्टेशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाय रोगी यूवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने जाने की सारों निस्मेदारी रोगी यूवं इस्पताल की तोगी और "कॉशिका" की कोई पूर्विका या जिल्लेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख w Eye (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Violiamma on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. नाम व पर हरपशाल अधिकत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्त्रसिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी हस्ताक्षर । न्हामी हास्त्राक्षा ३