APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन ग्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No.: अर्थवेदन संख्या :	M1032511	349	APPLICATION DATE	3/25	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	A	handay	AGE-YEARS ST			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME: Sau	4ú0			AND A PROPERTY OF A SPECIAL STATES	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS GITH SIGNIFIC TO STATE OF THE PURPLE OF THE PU					broket Rostert	
OCCUPATION :	11 354 5 1	win fo	ermen_	PHILIP DE	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	45,0	no /	S. 4 D	(Attach Proof of In (आप का साक्ष्य सं	come) RTH)	
PAN No. स्थाई खाता संस ARE YOU AN INCOME	ज्ञा TAX ASSESSEE (Tick wh है (जो मान्य हो उस पर स	ichever is applicable):	Yes / No	0		
क्य आप आप कर दाता	ह (जा मान्य हा उस पर स		AMILY DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of F परिवार के	amily Member सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender शिंग	Relation with Applicant आयेदक के साथ सम्बंध	
			Nin			
	В	ASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये थिनी		ever is applicable)		
BPL Car (Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाण पत्र की सामा प्र	Copy) प्रमाण पत्र	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमण पत्र तथा पत्र की साथा प्रति संलान र	R: (At	etion Card tach Copy) भोक्ता कार्ड रे साथ प्रति संतरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			REQUESTING ASSIST			
Sr. No. क्रम संख्या	0	• अस्प	Medical Reports/Presc ताल/डॉक्टर से जारी की			
	exagno,	PICAPORIS RIE SPILLI CALABIOCE				
			Kle	VENTA	Carward	
	Almari	RIE	STILL	alle Pr	the tens and	
				7	1 100	
	ASS	ISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	s	
इस उद्देश्य के हेतू कोई Sr. No. NAME of OTHER SOL					ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम			20001-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भोषणा 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 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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं ऋचन उसल्य गाया जाता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता होतु या प्रार्थन की गई है, उस राशि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजक/बीमा कप्पनी से न तो लिया है और न ही भीक्य में तुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार 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 Roshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्य पर अपने हरलाक्षर या अंगर्ड की काप लगाकर, मैं (आयेरक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फाउंडी और वो विवाधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए ऑफबृत है। मेरे प्रयत्न का मिनरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्वेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाग जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सतायता का हवादार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसर्थों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

कोटम से हरताहर का अंगूरे का निराद्ध



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

T) 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 की और से मामले होगी को "कोशिक फाउन्डेशन" से विशिष सहस्थत हेतु सिफारिश की आहे हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तन्तर और न ही भविष्य में विशिष सहायश किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लोगे था ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विजीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हम मदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हम सहायश हम से सिफारिश/विजीत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हम मदर होते के सम्बन्ध के सिफारिका के सम्बन्ध में सहायश लेने का अधिकार सुर्गन्नत रखता है। इस चृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेंगन" में ली गई सहायता केवल चितिय प्रकृति को है। यंगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगों एवं इस्पताल में बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेंशन" द्वारा किमी प्रकार कर कोई दथाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगों के इलाव मुख्ता और आने वाने की माने किम्मेदारी रोगों एवं इस्पताल को होगों और "कोशिका" को कोई पूर्मिका या किम्मेदारी इस म्हमले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थी जूनी के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑपरेशन को वारीख Dr. USAN Deep (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Sietz का बाम व हस्ताक्षर व र्राव र FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अग्र-विरुक्त अपनेति हस्ताक्षर व SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1