APP	LICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika foundation
APPLICATION No.: M 0325 1352 APPLICATION DATE:			Building block of life.	
OSTIONALITY TO THE		AGE-YEARS ST		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Ramfall	70		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME:				WHY. STOLEN
ladhaidan an ma	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय पत	1	PASTE PHOTI CO MINISTER
50000	HOUR Jehra M		th	
	I shahdhan pun	0 1-11	242 106	breat partos
	PERMANENT RESIDENCE ADDRES	S: स्थार अश्वासीय पता		10.0
	dame de	ADOW	e	
	70-11-1	-		
OCCUPATION :	home moken		MARRIED (विवाहित	ন) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक जाप		1	(Attach Proof of	income) संलाम)
कुत वाक्क आप PAN No. स्वाई साता स			2402 34 3444	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes/N डॉ / न		
क्या आप आय कर राता	है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	हा / न AMILY DETAILS परिवास		
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध
		-		
	BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick which	never is applicable)	
	सहायता को लिये विना	S STINITE		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy)			ation Card ttach Copy)	Any Other
गरीओ रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्र		उपयोक्ता कार्ड		Basis/Proof अन्य कोई साक्य
(प्रमाण पत्र की सामा	प्रति संसम्न करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति संतम्न ।	करे। (प्रमाण पत्र क	ो छाषा प्रति संलग्न करे।	21.4 2014
		REQUESTING ASSIS		
P. No.		Medical Reports/Press		
Sr. No. क्रम संख्या	O अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदह सूची संलग्न			
A.Y. 1964	ATOMONIA LE LONG CASASIACT			
	THE ADAIL CONSTRUCT			
	the viental case in the			
	and the street with prince tens and			
	andon he	2117 0	ntal b	mind law ou
	1 0			
	ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्दश्य को हेत् कोई अ	for SAME "PURPOSE" न्य सहायता किसी अन्य	from OTHER SOURCE	ES
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE			The second secon	of ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	अन्य स्वोत का नाम		ली गई सहायता चरी	
	VIVIS		200	3

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वरा मोचना पत्र:

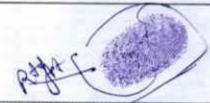
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 शोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो स्वापक राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा स्वी हैं, तसका उपयोग उसी व्येश्व की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करत हूँ कि जिस सतायत तेतु का प्रार्थना की गई है, उस गरित का आँतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ऑत/नियोगक चीमा कम्पनी से व तो लिया है और व ही धरिष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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/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 प्रयत्त पर अपने इस्ताक्षर था अंगते को साथ लगाकर, मैं (आवेषक) अपनी स्वत्याति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा शक, पता, फोटो और वो विवास इस प्रपत्न में फोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इत्तान के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आर्थरक) इस कत से मतमत हैं कि मेरा जम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का ठकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नासिकों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्क्ट्स के हस्ताधर या अंगूर्त का निराहन



AGREEMENT by HOSPITAL (| FPRING GRI BOX)

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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षणे की और से धामले योगी को "कोशिका काठन्देशन" से विशेष सहायता होतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताता) निम्न प्रकार से सान्य व ओकार करते है।

 1) यह कि न जे वर्गधान और न ही भविष्य में विशिष सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उका रोगो/मामले में लेंगे या ले रहे है, बैसे कि हमने "कोशिका पाउन्हेशन"

 से सिफारिशिवनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाउन्हेशन" ह्या मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" हाता सहायता विनति औशिकास्त्रकल हेतु मन्दुर नहीं किया कता है से अस्पताल

 किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधन रखता है। इस पूर्ण्य में स्थापन कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगो/मामले हेतु किसी
 गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहावता बंबल बिठिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाइ पा किये गये उपवार/प्रक्रिया का यूनव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई द्याय रही है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव मुख्या और आने जाने की साएँ विष्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई पृथिका या किप्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपरेशन को तारीख (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) वास्तर का नाम म हस्ताका च राष्ट्र म.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sefungel Liet