API	PLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप		thcare) १ देखपाल)	Koshika
APPLICATION No. : अरावेदन संख्या :	M/0325 1353	APPLICATION DATE	102/25	Buildle slock of life.
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम	Ran shri	AGE-YEARS		
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्प का नाम	SNAME: Banuari			MAN STREET AND AND STREET
	PRESENT RESIDENCE ADDRE	F A CIV	of the	Brilled Royald
OCCUPATION :	Home maker	^	MARRIED (विवाहित	/ UNMARRIED (जविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता	OME: 85/020 / Ja	nily	(Attach Proof of In (आप का साह्य स	
ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ॥ है (ओ मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / I	नही	
Sr. No.	Name of Family Member	FAMILY DETAILS परिव Age (Years)	ार विवरण Gender	Relation with Applicant
इ.स. ११७० इ.स. ११७वा	प्रदेशित के सदस्यों का नाम	তম (বৰ্গ)	ि हिर्मग	आवेदक के साथ सम्बध
	Kavici	100		4)0 · C
	BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विमा		hever is applicable)	
BPL C (Attach Car गरीबी रेखा के नी (प्रमाण पत्र की सामा	d Copy) (Attach Certificate Copy) चे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र	(4)	Ration Card Attach Copy) प्रभोक्ता कार्ड की साथा प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		or REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उ		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	अस्यताल/डॉफ्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलम्ह			
	MINISTER TO THE REPORT CONTROL			
	4 500			
	ATTOOPHIT UP SIZE WITH PRING TON AND			
	mapa de	4462 1	DIAD IA	and tols an
	V			7 / / /
	ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य को क्षेत् कोई अ) for SAME "PURPOSE प्रनय सहायता किसी अन्य	E" from OTHER SOURCE स्त्रोत से लिया गया हो?	5
Sr. No.	NAME of OTHER SOU अन्य स्त्रीत का नाम	RCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहावता राशी	
क्रम संख्या	Blg Cl		2000	7

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा योगगा पर:

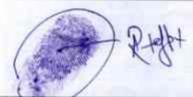
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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.
- मैं घोषणा करत है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी क्विरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। पदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पाम जात है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में यरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का भारिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोठ/नियोगक बीमा कम्पनी से म तो लिखा है और न ही चित्रण में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SPECE SET WITH)

- 1) By affixing my signature or thumb Impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Truslees 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 प्रया पर अपने हस्ताका या अंगते की बाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशियका फाउडेशन और उसके प्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेरों और जो विकाश इस प्रयत में घोषता है, उसे "कोशियका" एकम् प्रवासी, दान, वायना/या दूसरे उद्देशन से जुड़ी गॉलिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार वायाम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रयत का विवास मेरे इलाज के फारने या बाद में करने के लिए "कोशियका फाउडेसन" व प्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलंदक) इस बात से सहमता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकाश जो कि सहामता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहामता का हकादार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अस्वेदस से हरकाहर या अंपूर्त का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (France pro wort)

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, इस्थाधारी की ओर से मामलेपोनी को "कोशिका फाउन्देशन" से विशिष सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्प्याल) तिम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न छे वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उका दोगी/मामले में लेगे या ले खे हैं, कैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/विनर्ति उका के सम्बर्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा पदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहस्यता विनर्ति आशिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी जन्म पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता तेने का अधिकार सुर्यक्षण रखना है। इस पुष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

मेर सरकारी संस्था या किसी जन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2 "कोरिका फाउन्डेंशन" से ती गई सरापता केवल वितिप प्रकृति को है। होगी पर इस्पताल द्वारा यो गई समझ या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाब नहीं है। इसतिय हस्पताल में रोगी के इताब सुरक्षा और आने वार्त की साठी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल

को होगों और "कोशिका" की जोई पुमिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** trator ऑपरेक्टर की तारीख Dr. Si harity Eye Dr. Uts 1 Keep (Name, Elesignation & Stamp of Authorised Signatory (Viol 1) add technicist frespital) (Name of Dr. & Regn. No with Stamp) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यमी हस्ताक्षर ।