APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		K	oshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M103	25/1365- APP	पन तिथी कि	103/25	-	uliding block of life.	
NAME of APPLICANT	r a		AGE-YEARS			lie ON	
शबंदक का नाम	Maya	Devi	55	1	AS		
ATHER S/SPOUSE	S NAME :				450	MAN, STATEGORY	
क्ता/कटुम्भ का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS				MAC CONTENTS	
PHOL	201 10	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	तमान आवासाय पर	ha labor	UNITED IN	HOTO HERE	
TUCH	0-60	linghang .	- Del	ha Ishen	0	Paldot	
		May Inc	edup-	262728	Bullet	1000	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 1	क्याड आवासाय पता				
		/ maria	and the				
OCCUPATION :	home n	ralcen		MARRIED (Rati	हेत) / UNMARRI	ED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCO	ME.	OCCUPANT OF THE PARTY OF THE PA		(Attach Proof o		A 20 100 W	
हुत वार्षिक आय	40	10001		(आय का साध्य			
AN No. स्थाई खाता र	संख्या						
RE YOU AN INCOME	E TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): म पर मही का निशान सगाये।	Yes / N				
n 4014 401 401 401	1 6 (41 -11-4 81 0		Y DETAILS परिवा				
Sr. No.		me of Family Member	Age (Years)	Gender	Relat	ion with Applicant	
क्रम संख्या	पा	विश के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष) सिंग		आवेदक के साथ सम्बध		
(1)	1	vana	3.0		4.12.1	-	
		J					
					+		
		BASIS for REQUESTING ASSIST		never is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरींबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificato Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संतान करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसन्त करे।			Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		"PURPOSE" for REC सहायता हेतु किये	DUESTING ASSIS गये विनती का उद्				
Sr. No.				criptions Attached			
क्रम संख्या		ठ अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न					
	Magn	Maynory RE Senth				aurait.	
	, 0	RIE JENIL				HAMACE	
				3 31 34			
	1		1	4			
	diegery RE JES with 1				puno	y lens an	
		U				734	
8	-	ASSISTANCE BEING AVAILED for S	SAME "PURPOSE	from OTHER SOUR	ICES		
8-2-		इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य स NAME of OTHER SOURCE	हायता किसी अन्य	स्त्रोत से लिखा गया हो	7	BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम संख्या		अन्य स्वोत् का नाम		ली गई सहायता यशी			
2.1 1121		DBCS		1000		/	
					60-0		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 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 फोक्पा करत हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये रापी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। पदि कोई विकरण एवं कथन असाय पाया जात है तो मेरी सकायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेर द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", में ली जा रही है, उसका रापयेग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में घर गया है।
- 3) में पुष्टि करत हैं कि बिस सहायत हेतू यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का नाशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रत्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की साथ लगाकर, में (आवंदक) अपनी कामति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंदेशन और तसके न्यामीकों "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फांते और वो विवारण इस प्रयुक्त में घोषित है, उसे "कोतिका" एवम् न्यामी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिकिथयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस सात से सहसत हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और विकास जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का तकपर नहीं बनाता इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदम के राम्याधार या अंगूटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (राज्यात इस करा)

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

2) The assistance from Roshika Foundation is only thancial 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.

इमारे ऑयक्त, इस्ताक्षणे की ओर से मामले/रोगी को "कॉशिका फाटजोशन" से वितिय स्थापता हेतु सिफारिश की जाते हैं, तिसे इम (इस्पताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्वीकार काते हैं।

1) यह कि न तो वर्तपान और न ही भवित्य में वितिय सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इमने "कोशिका काठन्देशन"

से सिपारिश/विनांत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहस्था विनांत ऑशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहायदा लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पूष्टि में स्वयंद कका जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2 "कॉशिका फाउन्टेशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सल्डह या किये गये उपकारप्रिक्षण का चुनाव ग्रेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रभाव नहीं है। इस्तितये हस्पताल में ग्रेगी के इलाव मुख्या और आने वाने की सारी विष्मेदारी ग्रेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या किसीदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery ऑपरेशन को आग्रेश (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 6 (Name Designation & Stamp of Eye on behalf of Hospital) कार्यर का नाम व हस्तामार व चित्र र अपनाल अधिकृत अधिक