Mom- C-24-03- 1022

API	The second second	त् आवेदन प्रारूप	CE	(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/032	4/1371	आवेदन	iCATION DATE:	03/24	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आचेदक का नाम	Bal	lo		AGE-YEARS STY	sex fifth		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम		0 1	occe w	ma summin ma		E BALLO E BALLO E MONECO DE LOS DE MONECOS DE LOS DELOS DE LOS DE LOS DE LOS DE LOS DE LOS DELOS DE LOS DELOS DE LOS DELOS DE	
Thau pu Khesu L	Onderway?	Canant Uttar ERMANENT RESIDENCE ADD	Rena O	ancharpu		BOL POST	
		Same	as a	DOVE			
OCCUPATION : व्यवसाय).	lomemeker			MARRIED (विव	हित) / UNMARRIED (अभिगहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता र	OME:	25000 Camil	4)		(Attach Proof (आय का साक्	of Income) व संलग्न)	
ARE YOU AN INCOME	E TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable) स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / नही			
	1			DETAILS परिचार f		Date in the Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	ví	me of Family Member खार के सदस्यों का नाम	<u> </u>	ge (Years) तम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant असर्वेदक के साथ सम्बंध	
			-				
			=				
		BASIS for REQUESTIN	G ASSISTA	NCE (Tick whiches	ver is applicable)		
8PL C	and	सहायता के लिये	विनात आधा		- Fand		
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छामा प्रति संलान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को समया प्रति संसान करे।		Ration Card ciAffach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रभाग पत्र की छामा प्रति संसाय करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
				ESTING ASSISTA ये विनती का उद्देश			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached					
354 44941	1	भस्यताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुन्नी संलग्न राह Sewie Catword					
		(1./		116.	Sen	le retarronet	
	-	V		- LIZ	LEVEL	ic (etcopic)	
	2		0		· u _ 0		
0	(S)W	Durgery RIE Sics with pinns lens comp					
					V		
		ASSISTANCE BEING AVAI	LED for SA ई अन्य सहा	ME "PURPOSE" (यता किसी अन्य स्त्रो	त से लिया गया ही	?	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम				IT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता उस्त्री	
		TW/C				- Jan 10	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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) मैं घोषण करत हैं कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। मीर कोई विकाण एवं कथन असाय पाया चाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- में द्वारा जो सहायता गाँव "कोशिका फाउन्टेशन", से ती जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्प करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजका बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो भवित्य 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/pul-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 प्रवत्त पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को साथ लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की चुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, प्रत्य, फोटो और जो विधरण इस प्रपत्र में फॉपित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, याकना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गांतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मै (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्यासियों का निर्णय ऑतम और बाष्यकारी होगाः

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदफ के हरकाधर का अंगूते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFINE ET) WELL)

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

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.

हमारं अधिकृत, हस्ताक्षणे को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेसन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार काले हैं।

- 1) यह कि न ले वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त ग्रेगी/यानले में लोगे या ले के हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्बेशन" हो सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्बेशन" होए मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्बेशन" हाए सहायता विनति आशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तापन से सहायता लेने का अधिकार सुर्धिश रखता है। इस पूष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्डेंशन" से ली नई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पतल द्वार है। यई सलाह पा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रवाद नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और काने जाने की सारी जिन्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिन्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	A 19 Page 1 A Court II			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stame) U 家族 का वीम वी इस्तावर व रोवे व	Manager-Administration Diname Designatory Fig. pila or any of Authorised Signatory Mohanna Calling Salest selected			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	UNDATION व्यान्तरिक उपयोग हेत्			
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताका 2			
(5	fungel	ect.			