АРР		RM FOR ASSISTANCE रू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थव		Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संसमा :	M10325	11373 API	PLICATION DATE:	105/24	Building block of life.
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		yaran	AGE-YEARS ST	यु-वर्ष SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम		Ran Gopal			IN EURO
GTOM	11+14	RMANENT RESIDENCE ADDRESS :	1 13he		Escep Restel
OCCUPATION:	farm	12		MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
rotal annual inco कुल वार्षिक आय	ME: 35)	9cr. [-		(Attach Proof of Inc (आय का साध्य संत	ome)
PAN No. PRIÉ GIRIS S ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (lick whichever is applicable): । पर सही का निशान लगाये।	Yes/No हां/ना		
न्य अपन आन कर दाता		FAMIL	Y DETAILS परिवार	विवरण	
Sr. No. क्रम संख्या	Nar	ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उप्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदफ के साथ सम्बंध
0	P	tom pau	30	ч	SON
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनती। उर	TANCE (Tick which	never is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सांधा प्रति संसन्त करे।		Sent in Strate and will assume Senting		ation Card ttach Copy) भोजा कार्ड ो समा प्रहि संसन्त करे।	Any Other Besis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		"PURPOSE" for RE सहायता हेतु किये	QUESTING ASSIS गर्थ विनती का उर्		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुनी संलान				
	RIE Senili Catanaet				
	- Jung	ory Ru S		ith Prun	na lons amp
		ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE	" from OTHER SOURCES	1
Sr. No.		इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य NAME of OTHER SOURCE		स्थात से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम		200	STORY OF THE PROPERTY OF THE P
	1				

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.
- मैं शीषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवारण एवं कथन असल्य एया जाता है तो मेरी महायदा निस्तर की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बरा गया है।
- में पुष्टि काता है कि किम सहायता हेनु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का गांशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छोठानियोजक बीमा कम्मणी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लिया.

AGREEMENT by APPLICANT (Suite \$10 WIR)

- 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 प्रपत्र वर अपने इस्ताक्षर या अंगते की क्या लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके आसीर्का " को अधिकृत करता हूँ कि मेश श्रम, पता, फोटो और जो जिवरण इस प्रपत्र में घोषिक है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वायनप्रधा दूसरे उत्देश्य से जुड़ी गांतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यय में प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। सो प्रपत्र का विधाण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अगरेटक) इस बात से सहमत हैं कि मेग गम, पता, कोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं सवाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनाके न्यारियों का निर्णय अतिथ और आध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हालाधर या अंतुर्ते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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:

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

हमारे अधिमृत, हस्ताक्षरों को ओर से मामले-दोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से शितिय सहायश हेतु सिफारिश को आती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से सान्य व स्थीकार करते है।

() यह कि न तो गर्नमान और न ही भविष्य में वितिय सहायश किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उत्तर दोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उत्तर के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हाए मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हाए सहायता विनति आशिकाशकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य शैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहायता लेने का अधिकार मुश्लित रखता है। इस पृष्टि में स्पन्य कहा जाता है कि अस्पताल हितीय स्पर उत्तर देगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहायता लेने का अधिकार मुश्लित रखता है। इस पृष्टि में स्पन्य कहा जाता है कि अस्पताल हितीय स्पर उत्तर देगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका काउन्डेशन" से ली गई सहस्थता केवल बिलिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा यो गई सलाह चा किये गये उपचारप्रक्रिया का युक्त रोगी एवं हस्पताल के बीध का विषय है और "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा कियो प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई पृथिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery neep ripathi 15/03 by (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम व इस्लाक्षर व रहि भ नाम य पर हस्यताल अधिवृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर । न्यामी हम्ताम १