mon - c - 25 -03 - 2794

	LICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika
PPLICATION No. : शबेदन संख्या :	M10325/1379	APPLICATION DATE : आयेदन तिथी ्रेड्र / ८		Building black of life
AME of APPLICANT	The state of the s	AGE-YEARS OF	्वर्षे SEX सिंग	
विदक का नाम	Priem	55	M	
ATHER'S/SPOUSE'S शा/कटुम्प का नाम	NAME: Keedhi			CAST CONTRACT OF THE PARTY OF T
	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	s वर्तमान आवासीय पता	Cons	PASTE PHOT WAR FARM
Boda Ro	daggan Khichin P	unwa a	Magain	Polled DVI
- 04	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	D- 26 87	26	(OSTO)
	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	s: स्थाः आवासीय पता		
	Zimita wi	313 3		
CCUPATION:	farmer		MARRIED (Teals	l त) / UNMARRIED (अविवाहित)
TAL ANNUAL INCO	ME -		(Attach Proof of	income)
ल वार्षिक आप	35,0001	-	(आय का साक्ष्य	संसम्भ)
AN No. स्थाई खाता सं RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No		
। आप आप कर दोता	है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	श्रां / मह AMILY DETAILS परिवार		
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	्रिरिकार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	Refr AU	आवेदक के साथ सम्बंध
0	Mary Kay	260	10	con
			ever is applicable)	
	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which		
BPL Ca (Attach Card गरीबी रेखा के नीच (प्रमाम पत्र की कावा 1	सहायता के लिये विनित्ति ord EWS Certificate (Copy) (Attach Certificate Copy) के प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र	। आधार Ra (Ati	tion Card ach Copy) शेक्ता कार्ड छाया प्रति संतग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीर	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्थाप प्रति संस्थन व	। आधार Ra (Ati	ach Copy) रोक्ता कार्ड जागा प्रति संतग्न करे। ANCE:	Basis/Proof
(Attach Card गरीबी रेखा के नीच (प्रमाण पत्र की काया 1	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Copy) वे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्या प्रति संसरन व	Ra (Att हरें) (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्दे	ach Copy) भोनता कार्ड साथा प्रति संतम्म करे। ANCE: रुव: riptions Attached	Basis/Proof अन्य कोई साध्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीच (प्रमाण पत्र की काया 1	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्माग प्रति संस्थन व	त आधार (Att तर्ग हरे। (ग्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्दे ledical Reports/Preso ताल/डॉक्टर से जारी की र	ach Copy) भोनता कार्ड साथा प्रति संतम्म करे। ANCE: रुव: riptions Attached	Basis/Proof अन्य कोई सास्य
(Attach Card गरीबी रेखा के नीर (प्रमाण पत्र की काया !	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Copy) वे प्रमाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्या प्रति संसरन व	Railla (Att उपा हरे। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST किये गर्प विनती का उद्दे Medical Reports/Presc हाल/डॉक्टर से जारी की र	ach Copy) भोनता कार्ड साथा प्रति संतम्म करे। ANCE: रुव: riptions Attached	Basis/Proof अन्य कोई साध्य
(Attach Card गरीबी रेखा को नीच (प्रमाण पत्र की काया 1 Sr. No.	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्माग प्रति संस्थन व	त आधार (Att तर्ग हरे। (ग्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्दे ledical Reports/Preso ताल/डॉक्टर से जारी की र	ach Copy) भोनता कार्ड साथा प्रति संतम्म करे। ANCE: रुव: riptions Attached	Basis/Proof अन्य कोई साध्य
(Attach Card गरीबी रेखा को नीच (प्रमाण पत्र की काणा) Sr. No. क्रम संख्या	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्माग प्रति संस्थन व	Railla (Att उपा हरे। (प्रमाण पत्र की REQUESTING ASSIST किये गर्प विनती का उद्दे Medical Reports/Presc हाल/डॉक्टर से जारी की र	ach Copy) भोनता कार्ड साथा प्रति संतम्म करे। ANCE: रुव: riptions Attached	Basis/Proof अन्य कोई साध्य
(Attach Card गरीबी रेखा को नीच (प्रमाण पत्र की काणा) Sr. No. क्रम संख्या	सहायता के लिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्माग प्रति संस्थन व	Ray (Att St) (प्रमाण पत्र की प्रमाण पत्र की पत्य	ach Copy) भोनता कार्ड साथा प्रति संतम्म करे। ANCE: रुव: riptions Attached	Lataract Cataract
(Attach Card गरीबी रेखा के नीर (प्रमाण पत्र की काया ! Sr. No.	सहायता के लिये विनित्ति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्या प्रति संलग्न क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्य	Ray (Att St) (प्रमाण पत्र की प्रमाण पत्र की पत्य	ach Copy) शोवता कार्ड जाया प्रति संतरण करे। ANCE: इय: शोptions Attached हि प्रतिबंदन सूची संतरण	Lataract Cataract
(Attach Card गरीबी रेखा को नीच (प्रमाण पत्र की काणा) Sr. No. क्रम संख्या	सहायता के लिये विनित्ति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्या प्रति संलग्न क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्य	Ray (Att St) (प्रमाण पत्र की प्रमाण पत्र की पत्य	ach Copy) शोवता कार्ड जाया प्रति संतरण करे। ANCE: इय: शोptions Attached हि प्रतिबंदन सूची संतरण	Lataract Cataract
(Attach Card गरीबी रेखा को नीच (प्रमाण पत्र की काणा) Sr. No. क्रम संख्या	सहायता के लिये विनित्ति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्या प्रति संलग्न क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्य	Ray (Att St) (प्रमाण पत्र की प्रमाण पत्र की पत्य	ach Copy) शोवता कार्ड जाया प्रति संतरण करे। ANCE: इय: शोptions Attached हि प्रतिबंदन सूची संतरण	Cataract
(Attach Card गरीबी रेखा को नीच (प्रमाण पत्र की काणा) Sr. No. क्रम संख्या	सहायता के लिये विनित्त EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रनाण पत्र (प्रयाण पत्र को क्रिया प्रति संस्थन व PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्य	Requesting Assist किये गये विनती का उर्दे शिला असे में विनती का उर्दे शिला किये गये विनती को उर्दे शिला किये गये विनती को उर्दे शिला किये गये विनती को उर्दे शिला किया की विनती की विन	ach Copy) शोवता कार्ड जाया प्रति संतरण करे। ANCE: इय: शोptions Attached हि प्रतिबंदन सुन्धी संतरण	Sasia/Proof sina all times Cataract Cataract Cataract Cataract Cataract
(Attach Card गरीबी रेखा के नीर (प्रमाण पत्र की काया) Sr. No. क्रम संख्या	सहायता के लिये विनित्त EWS Certificate (Attach Certificate Copy) के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को ज्ञामा प्रति संलग्न क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्य	त्रिक्षा (प्रमाण पत्र को प्रमाण पत्र को पत्र को प्रमाण पत्र को प्रमाण पत्र को पत्र	ach Copy) शेक्टा कार्ड ज्ञाया प्रति संसम्भ करे। ANCE: स्य: शेptions Attached र्ड प्रतिबंदन त्युची संसम्ब मिर्मिन शिक्टा OTHER SOURC श्रोत से स्थिम गया हो?	Basis/Proof SITE THEY LATOURANT CATORIAL CA
(Attach Card गरीबी रेखा को नीच (प्रमाण पत्र की काणा) Sr. No. क्रम संख्या	सहायता के लिये विनित्त EWS Cartificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को समा प्रति संसम्भ क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्य ASSISTANCE BEING AVAILED इस उत्देश्य के हेतू कोई अर	त्रिक्षा (प्रमाण पत्र को प्रमाण पत्र को पत्र को प्रमाण पत्र को प्रमाण पत्र को पत्र	ach Copy) शेक्टा कार्ड ज्ञाया प्रति संसम्भ करे। ANCE: स्य: शेptions Attached र्ड प्रतिबंदन त्युची संसम्ब मिर्मिन शिक्टा OTHER SOURC श्रोत से स्थिम गया हो?	Basis/Proof sind ship the catalog of
(Attach Card गरीको रेखा को नीच (प्रमाण पत्र की काया 1	सहायता के लिये विनित्त EWS Certificate (Attach Certificate Copy) वे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्ष्मा प्रति संलग्न क "PURPOSE" for सहायता हेतु M अस्य ASSISTANCE BEING AVAILED इस उत्देश्य के हेतू कोई अ	त्रिक्षा (प्रमाण पत्र को प्रमाण पत्र को पत्र को प्रमाण पत्र को प्रमाण पत्र को पत्र	ach Copy) शेक्टा कार्ड ज्ञाया प्रति संसम्भ करे। ANCE: स्य: शेptions Attached र्ड प्रतिबंदन त्युची संसम्ब मिर्मिन शिक्टा OTHER SOURC श्रोत से स्थिम गया हो?	Basis/Proof SITURE LATOURACE CATOURACE CA

DECLARATION by APPLICANT: आवंदक द्वारा भोषणा पत्र:

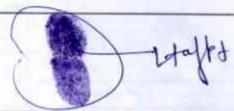
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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.
- में घोषणा काण हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं साती है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्त्य प्राय जाता है तो मेरी महायशा निरस्त की जा सकतों है।
- 2) भेरे हारा जो सहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यमा, जो इस प्रकार में घरा तथा है।
- में पुष्टि करता हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोत/नियोशक/बीगा कव्यनी से व तो लिया है और व ही प्रविध्य में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (अपनेदक 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 userpublish/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 प्रयत पर लगने इस्ताक्षर या लंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सामांति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्लोतिका फाउंडेशन और उसके त्यासीमों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, एवा, फोउं और नो निवारण इस प्रयत्न में घोषित है, इसे "क्लोशिका" एवम् न्यासी, रान, याधना/या दूकरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यो प्रसार माध्यय से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अवदेदक) इस बात में महम्मत हूँ कि मेरा सम, पता, फोटो और विकाम जो कि सहस्थता के उद्देश्यों से ब्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अंगिटक के हस्ताक्षर या अंगुर्त का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFIRM DIG WATE)

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, हस्ताक्षरों को ओर से मामलेतीयों को "बॉरिका काजन्देशन" से पितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पालन) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त सेगी,प्यामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मतल किसी अन्य में सम्बंध या किसी अन्य सनस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तिय रहता है। इस पृष्टि में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय सदद उक्त सेगी/पामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहापता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनल रोगी एवं इस्पताल के बीच का विचय है और "कॉरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अने बाने की सारी विष्णेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कॉरिका" को कोई पूर्विका या जिल्मोदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आँपोशन की अपेश Deep (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जान्तरिक उपयोग हें इ