Mom- C 24-09-1729

APPL	LICATION FORM सहायता हेतू	M FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय रे		Koshika foundation
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M 0324	1381	APPLICATION DATE	-201	Building block of life.
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		1	AGE-YEARS SHE	- at sex (in)	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम		han lal			SINEARIES
dawaran.	2 fagal	ESENT RESIDENCE ADDRESS	t Kheou,	muda,	Shee Post
		come de	apove		(
OCCUPATION:	Homo	mekes		MARRIED (विवाहि	ন) / UNMARRIED (নাক্বাচিত্র)
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय PAN No. स्पाई खाता संश	ME: 2)(9791	K 4		(Attach Proof of (आप का सक्षय	
	TAX ASSESSEE (Tick	whichever is applicable):	Yes/No हां/ मही		
कर आप आप कर जात	B (40) 40-44 80 940 44	A Committee of the Comm	MILY DETAILS परिवार		
Sr. No. अस्य संख्या	Name o परिवार	of Family Member के सदस्यों का नाम	Age (Years) उग्न (वर्ष)	e (Years) Gender I (वर्ष) लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick whiche	ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साम्य प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आस्प आम वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण यह की सामा प्रति संसाम क	Rai (Atta	tign Card sch Copy) गेक्ता कार्ड स्राया प्रति संसरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
		"PURPOSE" for सहायता हेतु f	REQUESTING ASSISTA	ANCE: 74:	
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	कम संख्या शिवक्षण्या अस्पताल/बॉक्टर से जार्ग की गई प्रतिवेदन सुधी संलान सिंह- अस्पती (वर्णावर्ष)				
			118-	enile.	Cartella Ct
		/			
2	Surgery Ris. Obics with pring lens camp				
		V		10	
	,	ASSISTANCE BEING AVAILED ! इस उद्देश्य के हेतू कोई अन	for SAME "PURPOSE" य संशोधता किसी अन्य स	from OTHER SOURC बोत से लिया गया हो?	ES
Sr. No. कम संख्या	NAME of OTHER SOU अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता राशी
30.1 1096	n ngcs			20	100 k
		- 0			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा पत्र:

- thereby 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 solemnty 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 चोचना करता हैं कि इस प्रारंप में रिये गये सभी विधान मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं साती है। यदि कोई विधान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु वह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोक्काओमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में मुँगा।

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 प्रदश्न पर अपने इस्ताधन या अंगते को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "क्रॉशिका फाउंडरान और उसके न्यासीमों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "क्रॉशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनाऱ्या दूसरे उन्दर्श्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रशत का विवरण मेरे इलाज के पहले था कर में करने के लिए "क्रोशिका काउड़ेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थाएक को हस्ताक्षर या आंग्रते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (EMBIR DE STOL)

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

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ले मांपान और न ही पविष्य में मितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोठ से उकर रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेरान" से सिफारिस/विनति उका के सन्वर्ध में "कोशिका फाउन्डेरान" इस महाय विनति आसिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है ले अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धापन से सहायता लेने का अधिकार सुप्रीत्त रखता है। इस पृष्टि में स्माट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर मरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहस्था केवल विशेष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाब सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेशारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेशारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A स्त्रीकृती के लिए	A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) FICO since of Line of the Stamp FICO	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Vernality) । नाम केव्ह हस्ताल केविका अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	NDATION आन्तरिक उपयोग हेतू विस्तासासिद्धानिकारिका		
SIGN	IATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2		
E	fugel	lite_		