APPLICATION No.: Most of APPLICATION DATE: Interest the thirty of thirty	API		ORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन ग्रारूप		hcare) देखपाल)	Koshika
AGE-YEARS STEAMS BASISTANCE BEING AVALED for SAME - PURPOSE" from Other Sources FIND THE TOTAL AND THE STEAMS AVALED for SAME - PURPOSE" from Other Sources FIND THE TOTAL AND THE STEAMS AVALED for SAME - PURPOSE" from Other Sources FIND THE TOTAL AND THE STEAMS AVALED for SAME - PURPOSE" from Other Sources FIND THE TOTAL AND THE STEAMS AVALED for SAME - PURPOSE" from Other Sources FIND THE TOTAL AND THE STEAMS ASSISTANCE FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE FIND THE TOTAL AND THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FOR NO. THE TOTAL AND THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSISTANCE (TICK whichever is applicable) FAMILY DETALS THE STEAMS ASSIST		M/03	28/1387 AP	PLICATION DATE	indo 5	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS चापाय अवसाय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS चापाय अवसाय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS : सार्ग अवसाय पता (Attach Proof of Income) (Attach Proof of Incom				AGE-YEARS	पु-वर्ष SEX लिंग	
PASSE PHOTO HERE ADDRESS: सामी आवासीय पा। PASSE PHOTO HERE ADDRESS A		S NAME :			1	
IOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) PAN No. रचार 'याला संख्या अप आप आप आप का स्थान संख्या अप आप आप आप का स्थान संख्या अप आप आप आप का स्थान है (जो सान्य हो उस पर सही का नियम हमारी) FAMILY DETALS परिवार गिवरण SP. No. SP. No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायात के लिये पिरवार के सदस्यों का नाम BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्री संख्या को प्रमाण का आप आ	sarai	u Har	PRESENT RESIDENCE ADDRESS TO THE PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :	क्रिमान आवासीय पर पुरासी क्रिका स्थार आवासीय परा	or portoru	Print Rosto
RABEY OU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अस्य अप आप कर राजा है (जो मान्य हो उस पर सही का नियान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवरण FAMILY DETAILS परिवारण FAMILY	व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO	tion	re maken		(Attach Proof of In	come)
SF. No. BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहामता के लिये प्रमाण पत्र (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खान्य को खान्य पत्र को खान्य को खान्य पत्र को साम्य पत्र को खान्य प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खान्य प्रमी संमाण को (प्रमाण पत्र को खान्य प्रमी को वर्ष को खान्य प्रमी साम्य को खान्य प्रमी साम्य को खान्य पत्र को खान्य प्रमी साम्य को खान्य को खान्य प्रमी साम्य को खान्य को खान्य को साम्य को साम्य को खान्य को साम्य को खान्य को साम्य को साम्य को खान्य को साम्य को खान्य को साम्य को साम्य को साम्य को साम्य को खान्य को साम्य का साम्य	PAN No. THE BEST T		1			तान)
Sr. No.	ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दात	ETAX ASSESSEE । है (जो मान्य हो र	उस पर सही का निशान लगाये।	हां / न	ही	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) RETURN के लिये जिसकी आधार BPL Card (Attach Card Copy) (Attach Cop		I N				Relation with Applicant
Return के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीनी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलम्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्यः Sr. No. अस्य तालग्रहीच्यर से जारों को गई प्रतिवेदन सुन्धी संलम्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Sr. No. AMME of OTHER SOURCE अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		Ÿ	रवार के सदस्यों का नाम			आवेदक के साथ सम्बंध
HRITHER के लिये विनित्ते आधार EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीनी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलम्न करें) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्यः Sr. No. अस्म संख्या Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of Other Source अन्य सहायता विस्ति अन्य सहायता विस्ति अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of Other Source अन्य स्त्रोत का गम		7	Á			
HRITHER के लिये विनित्ते आधार EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीनी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलम्न करें) "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्यः Sr. No. अस्म संख्या Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of Other Source अन्य सहायता विस्ति अन्य सहायता विस्ति अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of Other Source अन्य स्त्रोत का गम						
Return के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीनी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलम्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्यः Sr. No. अस्य तालग्रहीच्यर से जारों को गई प्रतिवेदन सुन्धी संलम्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Sr. No. AMME of OTHER SOURCE अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		100				
सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये किली का उद्देश्यः Sr. No. अस्य तालाद्विस्र से आगे को गई प्रतिवेदन सुखे संलान अस्यतालाद्वीस्र से आगे को गई प्रतिवेदन सुखे संलान ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Sr. No. AMME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता वर्शी						
Return के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीनी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलम्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विन्ती का उद्देश्यः Sr. No. अस्य तालग्रहीच्यर से जारों को गई प्रतिवेदन सुन्धी संलम्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Sr. No. AMME of OTHER SOURCE अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम						
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र को छापा प्रमाण पत्र को छापा					sever is applicable)	
अध्यक्ष हेतु किये गर्ग विनती का उद्देश्यः Sr. No. अस्पताल/डॉक्स में जारों को गई प्रतिनेदन सुन्धे संलग्न अस्पताल/डॉक्स में जारों को गई प्रतिनेदन सुन्धे संलग्न अस्पताल/डॉक्स में जारों को गई प्रतिनेदन सुन्धे संलग्न (ATO YOU F ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत में लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संख्या अन्य स्त्रोत का गम ली गई सहायता वाशी	(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण यत्र		(Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		Basis/Proof
अस्पताला/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुन्धी संलग्न पि प						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES \$ स उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता चर्गी	5,000,000					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता वशी	क्रम संख्या				उस् । ।	Cataract
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता उशी		UE strêt				catoriant
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता वशी		0				
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशी		Stugery UE SICS WITH PALMS FEAT COM				
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशी		0		1953		
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशी			ASSISTANCE BEING AVAILED for S	AME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	
क्रम संख्या अन्य स्वोत का नाम ली गई सहायता राशी	W. W.	-	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सा	हायता किसी अन्य र	स्वोत से लिया गया हो?	
1000			अन्यू स्वोत का नाम			
			piece		Koon	

DECLARATION by APPLICANT: SHREET SHI WHYST THE

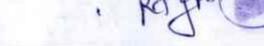
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 भोषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेशव की पूर्ति को लिये क्रिया जायेता, सो इस प्रकृष में यह गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस सीश का आंशिक या सकल किस्सा किसी अन्य ओल/नियोशक बीधा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चाहिक में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवहरू द्वा 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 प्रथम का अपने करताकर या अंगठे को त्याप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फाँछ और जो विवास इस प्रथम में कांकित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, पायना/का दूसरे उद्देश्य से जुड़ी पत्तिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार साध्यम में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवास में रे राम का विवास से इसले के पता में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा जाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्था: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवग् उसके जानियों का निर्णय ऑत्य और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनेटक के हम्लाक्षर या अंगुड़े का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (granter grit weet)

By afficing 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, इस्ताक्षरों को ओर से पामलेपीमी को "श्रोतिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाते हैं, जिसे इम (इस्पतास) तिम्न प्रकार से मान्य व स्त्रीकार करते हैं।

1) यह कि न तो मरीमान और न ही भविष्य में मितिय सहायता किसी मेंर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त ग्रेगी/पामले में स्त्रेये या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्याप में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहायता विनति आशिका-सकता हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य सन्तायप में सहायता लेने का अधिकार सुर्राधन रखना है। इस पूर्णिय में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी मेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाद से नहीं लेगा-संगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल खित्रय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल क्रारा दी गई सलाह या किये गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाय रोगी एवं इस्पताल के बीच का विकार है और "कोशिकर फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाल नहीं है। इसलिये जन्मताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिकर" की कोई पुणिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अपरेश की तारीख

Dr. 1000

(Name of Dr. & Rign, No. with Stamp)

(Name of Dr. & Rign, No. with Stamp)

(Name of Dr. & Rign, No. with Stamp)

(Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

(Name of Trustee 1

(Name of Trustee 1

(Name of Trustee 1

(Name of Trustee 2

(Name of Trustee 3

(Name of Trustee 3

(Name of Trustee 3

(Name of Trustee 4

(