APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वस्थय देखपाल)					Koshika
PPLICATION No.: MO325/1388 APPLICATION DATE:					Building b'ack of life.
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Cho	ril Bihara	AGE-YEARS	यु-क्षे SEX विशेष	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम		lalman			AND CHESTON AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN
Dm S.I		PRESENT RESIDENCE ADDRE	u chathing	1-01	PASTE PHOTE POSSOS
OCCUPATION :	-fa	oiner '		MARRIED (Frille	ा) / UNMARRIED (अक्वितिहत)
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक जाय		010001		(Attach Proof of I (आय का साक्य र	ncome) धीलान)
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME इन्द्रा आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/N स्रा/न		
Sr. No. क्रम संख्या	Na vfi	me of Family Member बार के सदस्यों का नाम	FAMILY DETAILS परिवा Age (Years) उस (वर्ष)	चित्रस्थ Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
0					
			pill .	<u> </u>	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTANCE (Tick which	sever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खामा प्रति संसान करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आत्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्नाया प्रति संतरन	tificate Copy) (Attach वर्ग प्रमाण पत्र उपभोक्त		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साल्य
			or REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उद		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मशाल/डॉक्टर में जारी क्षी/गई प्रतिवेदन मुची संलग्न				
	RIE SENIU CAHOPOLT				
	Ama	iny Rie	320	with	PHMg leny
-					camp.
		ASSISTANCE BEING AVAILE इस उद्देश्य के हेत् कोई	D for SAME "PURPOSE अन्य संशोधता किसी अन्य	from OTHER SOURCE	ES
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE		IRCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
		DRO		200	9

DECLARATION by APPLICANT: आनंदक द्वार योगणा पत्र:

- 1) 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.
- 2) I scientify 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
- 3) 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 पोषणा करता है कि इस प्रकृप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण दर्व कथन असल्य ग्राप्य वाता है तो मेरी सहावता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहाथा। राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा सी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सहायता हेतु का प्रार्थना की गई है, उस राजि का आँशिक या सकता किया किया किया किया किया के न तो लिया है और न ही चित्रण में त्रौता।

AGREEMENT by APPLICANT (SPICE DID TOTAL)

- 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 Keshika 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.
- इस प्रच्य पर अपने इस्तक्षर या अंगठ को छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सामति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येश नाम, पता, फोटो और जो विवाण इस प्रपत्र में भोषित हैं, उसे "कोशिका" एवन् न्यामी, दान, याचनत्या दूसरे इन्हेंद्रम से जुडी ततिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउबरेसन" व नवामी आधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सतमत हैं कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्वता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहस्वता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनंदक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (EPIRE GRI WOLL)

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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामले/रोगी को "कोशिका करत-बेशन" से मिशिय सहायशा हेषु निस्पारिश की आंधी है, जिसे हम (हस्पतल) निस्प प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

- स्त कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ग्रेगी/यामले में लेंगे वा ले रहे है, जैसे कि इसने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश विपति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायश विपति आंशिक सकल हेतु मन्तुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था चा किसी अन्य सनवधन से सहायदा लेने का जीवकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में सन्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/यासले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से उद्दी लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" में तो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर इस्पताल द्वारा री गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनल ग्रेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउ-बेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्ष और आने व्हने की सारी विष्मेदारी रोगी एवं हासताल को डोगो और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिल्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीक्ती के लिए संस्त्ति Date of Surgery (Name of Dr. Regn. No. with Stamp) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

ो शोबरर की मामें व तारतकर भ र्गाल, व

नाम व पर हरपदाल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2

वासी हस्ताक्षर ।

on behalf of Hospital)