		DRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika foundation			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/03	24 1394 APP	LICATION DATE : स्व विधी 2 6	3/24	Suilding block of life			
NAME of APPLICANT :			AGE-YEARS ST		र्शिंग 💮 💮			
मानेवक का नाम Yogenday kumas U6 M FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Ram nath								
Λ. ι		PRESENT RESIDENCE ADDRESS			THE YESEROTER WHEN YOUR STARRENTS			
Rajendra nagar Colony Lathapur Grola Grola Grola								
Kheni Crola Crokanan, Nath affax Bradesh- 262802 Pool								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता								
		Same all above	e		2.			
OCCUPATION : अवसाय निवाहित) / UNMARRIED (अविपाहित)								
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय		com 1-	-		of of Income) सहय संस्थान)			
कुल वार्षिक आप <u>9 5,000</u> (आय का साध्य संलग्न)								
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अवा अगय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हो / नहीं								
चना जान जान मार खता ह	(आ मान्य हा ठ		DETAILS परिवार					
Sr. No. क्रम संख्या	Na mi	me of Family Member बार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender शिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			
904 HOW	- All	जार क सदस्या का नाम	98 (44)	(61	अध्यक्षित के साथ सम्बद			
		BASIS for REQUESTING ASSISTA सहायता के लिये विनति आध	ANCE (Tick which	ever is applicabl	0)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खामा प्रति संस्थन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य			
			गये विनती का ठर्द	स्य:				
Sr. No.								
क्रम संख्या	Hiadhoris Rie-Senile (ctaract							
	LIE- Senile Cotanact							
-0-	2090	yeary Rig - Sics	with	Omma	leus comp			
- X	7	1110 -111	112 11					
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सर	AME "PURPOSE" प्रयता किसी अन्य र	from OTHER SO ब्रोत से लिया गया	ources			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR		AMOUNT		UNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी			
A13, 110%				2000 (-				
		11365			Sept.			
			7					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पांचना 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.
- 1) मैं धोषण करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाश मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मीर कोई विवाश एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) की द्वारा जो सहापता गरित "कोश्चिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सहायता हुंतू यह प्रार्थना की गई है, तस राशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य श्लोकनियोजक/बीया कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविष्य में मुँगः।

AGREEMENT by APPLICANT (अवनेदक 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की काप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में फोचित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, वाचना/का दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मान्यम से प्रसारित करने के लिय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण के कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आयेरक के हस्ताधर या अंगूठे का निशान

- mizir Sun

AGREEMENT by HOSPITAL (इत्यास द्वार करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm δ 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, इस्ताक्ष्य को ओर से मामाकेयोगों को "कोशिका फाउन्होंशन" से वितिय सहस्थत हेतु सिफारिश की काती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्होंशन"

में सिफारिश/विनति उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होंशन" हारा घरद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्होंशन" हारा सहायता जिनति आशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सामाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्थल्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्थल्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका कार-देशन" से ली गई सहायता कोवल कितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने काने की सारी जिस्सेटारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई गुमिका या जिस्सेटारी इस मामले में नहीं होगी।

		NDED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/03/24-	(Name of Drash Regult School State at The St	CO Exchinate Chinistration		
	FOR INTERNAL USE of KO	SHIKA FOUNDATION आन्तरिक वययोग हेत्		
	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्तावर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2		
(5	fugel	lit		