	सहायता है	ORM FOR ASSISTANCE रेत् आवेदन प्रारूप		hcare) देखमाल)	Koshika foundation		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/032	5/1399	APPLICATION DATE	102125	Building block of life.		
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम		sueer sings	AGE VEADE 3	ग्रमु-सर्व ISEX लिंग			
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्म का नाम	S NAME :						
	NICE	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	s क्रिमान आवासीय प	d 0 1 L	NOME PROPERTY OF THE PARTY OF		
Dotho	Del				Proport Bosto/		
		PERMANENT RESIDENCE ADDRES	S: स्थातं आवासीय पत	T	Donol 1001 of		
		same as	about				
OCCUPATION :		evenen		MASRIED (Raife	त) / UNMARRIED (अधिवाहिस)		
TOTAL ANNUAL INC		Income)					
PAN No. स्थाई खाता	संख्या	3510001		(आय का साध्य	HC(T-F)		
ARE YOU AN INCOM क्या आप आय कर देख	E TAX ASSESSEE त है (जो मान्य हो र	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes/N हां/ न		Meyer		
P. H.			AMILY DETAILS परिवा				
Sr. No. क्रम संख्या	प	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender ਦਿੱਧ	Relation with Applicant आवेदक के माथ सम्बध		
	-						
	No. A.		2000				
	-						
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which । आधार	hever is applicable)	THE RESERVE		
BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाणा प्रति संस्तन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण एव (प्रयाण पत्र की सामा प्रति संसाम क	A) 75	ation Card ttach Copy) (भोकता कार्ड ते छागा प्रति संसग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
			REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उर्				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुवी, सुंलान							
X11,300 K	Dag	Drighoph de de la					
	9		LODROHOLD.				
	Jungery JE JICS with the the						
-	0	7		-	camp		
		ACCIOTATION RELIES AND THE		from Others and			
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य को हेतू कोई अन	य सहायता किसी अन्य	स्वोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या		NAME OF OTHER SCUR	CE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रशी			
-11.000		108		2000	1		
		1					



DECLARATION by APPLICANT: अस्पेट्स द्वारा कोपण पत्र:

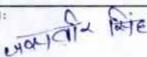
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सस्य श्रवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असरण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एति "कोशिका फाउन्डेशन", से सी जा स्त्री हैं, उसका रायसीय उमी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जानेगा, जो इस प्रकर्ष में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हैं कि बिस सहायता रेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राति का अंतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत-नियोक्क/बीच कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affaing 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 प्रथा पा अपने इस्ताधा पा अंगठे को छाप लागका, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रपा में घोषित है, उसे "कांशिका" एकम् न्यासी, रान, पाचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपात का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा कम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का इकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "ब्योतिका" प्रदम् उसके न्यांश्र्यों का विशेष अतिम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EARSING DIG WOR)

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

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, हस्ताक्षरी की ओर से मामलेजीयी को "कोशिका फाउन्हेशन" से विशिष्ट सहायता हेंदु सिपयरिश की जाती हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमात और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संख्यान या किसी अन्य स्त्रोट से ठवर रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्त्रुप नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सरकारत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सरकारत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय पदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेगा/लेगा।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ती गई सहायक्ष केवत वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह था किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचाय गड़ी है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने को को सारी जिस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की डोगी और "कोशिका" की कोई परिका या जिस्मेदारी इस मामले में नती होगी।

- 11		NDED FOR ACCEP के लिए संस्तुरि			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख अंड कि		16 mp)	Dr. Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নম ৰ যুহ হম্পনাল অধিকৃত্ত অধিকাত্তী		
	FOR INTERNAL USE of KI	SHIKA FOUNDATI	ON आनिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताकार 2		
8	Safangel		liert		