APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थव देखपाल)							Koshika		
APPLICATION No.: M 032.5-114-08 APPLICATION DATE: आगेरन संग्रेज : M 032.5-114-08							MATERIAL PROPERTY.	block of life.	
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम	r:	mlosh De		AGE-YEARS		SEX Rein			
FATHER'S/SPOUSE'S	S NAME :	PRESENT RESIDENCE ADD	LMO RESS T	र्तमान आवासीय प	ावा	7	MARY DEPART SPICES	IN.	
Man	Lua de	ERMANENT RESIDENCE ADD	OF RESS: F	म्पाति माई आवासीय पत प्रिप्	i U CI	theri	Rolld	Bolot	
OCCUPATION : TOTAL ANNUAL INCO	tion	e malcep		mi i s	-	Committee of the Commit	UNMARRIED (ST	विवाहित)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता र	3	\$ 1000 1.	_			h Proof of Inco का साक्ष्य संल			
ARE YOU AN INCOME	E TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable) स पर सही का निज्ञान लगाये।		Yes// हां/	नही			H. Lake	
Sr. No. N क्रम संख्या प		me of Family Member रेबार के सदस्यों का नाम		DETAILS परिव Age (Years) उम्र (वर्ष)	र विवरण Gender स्थिप		Relation with Applicant वार्वदक के साथ सम्बंध		
17.4	NiU								
		BASIS for REQUESTING	ASSISTA	NCE (Tick whic	hever is app	licable)			
and the same		सहायता के लिये ह	वनति आध	R.			-		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की समय प्रति संतप्प करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (ग्रमाण एव की सम्बाध प्रति संतरन करे।		सिरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
				UESTING ASSIS गर्मे विनती का उप					
Sr. No. ऋम् संख्या	bigan	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेद्ध सुची संलग्न							
	HE ZENILO XOTANOOL								
	Jung	ery as	5	tcz c	DIH	PN	Ma le	7	
)]			1			P	
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू कोई	ED for SA अन्य सह	ME "PURPOSE विता किसी अन्य	from OTHE	R SOURCES गया शे?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SCURCE			AMOUNT of			ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
		(O)				(-,			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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.
- 2) 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 चंपण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विकास एवं कथन असत्य प्राप्त जाता है तो मेरी महाबता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्हेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पृति के लिये किया जायेण, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- में पुष्टि काता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अधिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्नोदिनियोकक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही धविष्य में तुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIRE ER WIT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/oublish/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 प्रयत पर अपने हस्ताक्षर च अंग्रहें की साथ लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीचों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिवलन इस प्रयत्न में धोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, मानना/चा दूसरे तर्दरय से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। सेरे प्रयत्न का किवल मेरे इलाज के पहले चा बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "व्योतिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आबेटक के हम्ताधा या अंगुर्त का निशान

Robelles

AGREEMENT by HOSPITAL (ERROR STO 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 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, हनताक्षरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिव सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भीवाय में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिकाविनटि उस्त में सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित्त ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल

के बोच का विश्व है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई रक्षाय नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी विम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथ्कि। या किम्मेदारी इस यामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती को लिए संस्तृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की जारीख

U(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व ग्री च

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतृ

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्ताक्षर 2