	MO M-	(-24-03	-1704		
	ATION FORM FOR ASSISTANCE महायता हेतू आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय	care)	Koshika	
APPLICATION No.:	11032411407	APPLICATION DATE : आवेदन विभी 3 03	dia	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Ram Beti	AGE-YEARS SE			
FATHER'S/SPOUSE'S NAM पता/कटुम्प का नाम	ME: Rain Kam			WHO WITH THE MINISTER OF THE	
Local fost	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	//	100	BIL PASTE PHOTOGRAP	
iar, Keshan,	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	प्रश्र । । । इ. स्थाई आवासीय पता	267867		
	Some as al	bove			
OCCUPATION : SQUERTIC FOTAL ANNUAL INCOME :	Homemeker		MARRIED (विवाहित)	UNMARRIED (अविवाहित)	
कुल बार्षिक आय	2000 tamily		(आय का साक्ष्य संल	न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX स्था आप आप कर दाता है (	K ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes/No हां/ना	et		
Sr. No.	Name of Family Member	MILY DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम्, संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम् (बुर्फ)	feln	अविदक के साथ सम्बध	
	DOEST		m	6011	
	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which । आधार	ever is applicable)	(	
BPL Card (Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्रम (प्रमाण पत्र की सामा प्रति र	गण पत्र अल्थ आय वर्ग प्रमाण पत्र	Ration Card (Affach Copy) उपभोक्ता कार्ड करें। (प्रमाण पत्र की झत्रा प्रति संस्तन्त करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची मंलग्न				
,	thornosis RE- Senile Codunced				
	LIE- Senite contaract				
	,				
9_	Surgery Liz - du	ce with	pmma	low camp	
	V	E BANK INCHES	ton OTHER COURCE		
	ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश के हेतू कोई अ	न्य सहायता किसी अन्य	स्त्रीत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सक्षयना रासी		
	DECS		2000 1-		

## DECLARATION by APPLICANT: अर्गवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise 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 δ 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 भोषणा करत हैं कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। परि कोई विवरण एवं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायत निरस्त की का सकती है।
- मेर द्वारा जो सहायता गाँश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता हेतु का प्रार्थना की गई है, उस तांश का आंशिक का सफल किस्सा किसी अन्य खोत/निकोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (STREET THE WORL)

- 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 हस्ताक्षर या अंगते को छाप लगाकर, मैं (आनेएक) अपनी सहमाँत की पुष्टि कच्छा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चन, पता, फोटो और जो विवाल इस प्रयत्न में चोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी मीतीविधयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विवाल मेरे इलाज के पहले या कद मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवसण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यांसियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक को इस्तावर या अंगूते का निशान

- Righor

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, इस्ताक्ष्ये की और से नामलेजीयों को "कॉरिका फाउन्हेंसन" से विविध सहायता हेतु सिकारिश की बाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्गमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोरिका फाउन्हेंसन"
में सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कॉरिका काउन्हेंसन" इस मदर हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउन्हेंसन" इस सहायता विनीत ऑसिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्तित रखना है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिवीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाई या किये गये उपकार प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुनिका या किस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

7 67	RECOMMENDED FOR ACC स्वीकृती के लिए संस्	afa Apurau Mishra	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारिख 13 (-3/2.9	(Name of Dr. & Regn. Blac with Stamp) ICO states at the discussion of the states of th	Name, Designation of Authorised Signatory on Denali divideptial) चार्च च पर हम्बास्त अभिकृत अधिकारी	
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDA	NTON आन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी सस्ताक्षर 2	
(5	efergel	lite_	