APPLI	Koshika						
APPLICATION No.:	110325	1408	APPLICATION DATE	103/25	Building block of life		
NAME of APPLICANT : आयेदक का नाम	Moni		AGE-YEARS				
FATHER'S/SPOUSE'S NA पेता/कटुम्भ का नाम	Pat	ENT RESIDENCE ADD	RESS वर्तमान आकासीय प	ख	Christian ME Made		
	han Jaha PERMAN	DI POS	Madesha RESS: स्थाई आवासीय पर	212304	Breef Rober		
CCUPATION : यवसाय	Janne	M		MARBIED (MINIST)	/ UNMARRIED (अविवाहित)		
'OTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय 'AN No. स्थाई खाला संख्य	90	1000 -		(Attach Proof of In (आय का साक्य सं			
RE YOU AN INCOME TA या आप आय कर दाता है	X ASSESSEE (Tick wi	lichever is applicable): ही का निशान लगाये।	Yes / । हाँ / FAMILY DETAILS परिव	नही			
Sr. No.	Name of F	amily Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant		
क्रम संख्या	प्रस्थार के रिवार	सदस्यों का नाम	তম (বর্ণ) বি	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध SOA		
(0)	Del		10	м	con		
		ACID A PROVIDENCE					
		ASIS for REQUESTING सहायता के लिये रि	ASSISTANCE (Tick whice वनति आधार	thever is applicable)			
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अरम वर्ग प्रमाण पत्र माण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें। (प्रमा		Ration Card Attach Copy) पर्भाक्ता कार्ड को स्था प्रति संसप्प करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
			for REQUESTING ASSIS				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या । अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
	The sensor ragardet						
	Hingony	ye	710 0	ith pur	to tens can		
		OTAMOS DEINO AVA	ED for SAME appropriate	from OTHER SOURCE	e sale		
	ASS	इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहायता किसी अन्य	स्वोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SCURC				ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहस्पता एसी		
	75		U.S.S	4000			

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.
- 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई जियरण एवं कथन असत्य प्राया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता सांश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोत/नियोजकार्यामा कम्पनी से न तो लिखा है और न ही पंक्षिय में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SURE EST WELL)

- 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 प्रवत पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आयेरक) अपनी सत्तमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रवत में योगित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से बुढी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रवत्न का विवारण मेरे इलाज के पताले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) में (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "ब्रोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय औतम और बाम्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेरक के हस्ताधर या अंगुते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (ETTINE TO WITH)

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

हचारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामकेरोंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो प्रविष्य में वितिप सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य क्षोत से उक्त यंगी/मामले में लेंगे या ले खे है, बैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा पदद हेंदू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट 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 जाउन्तरन" से तो गई महायता केवल वितिय प्रकृति को है। येगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपबार/प्रक्रिया का चुनाब रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी इकार का कोई दबाव नहीं हैं। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस यामले में नहीं होगी।

		MENDED FOR ACCEP ती के लिए संस्तुरि			
Date of Surgery ऑप्सेशन की तारीख	Dr. U Doop Will Dr. & Regn. No: With S street at 114 a statist a tra.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) দাম ৰ মুখ্য স্থান্য অধিকৃত্ত অধিকাৰ্ট			
	FOR INTERNAL USE of I		ON अतनस्कि उपयोग हेत्		
SIG	GNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्तकार 2		
8	referryel	DESCRIPTION OF THE PERSON OF T	lit		