Mom- 4-23-12-2612

ÅΡΡ		RM FOR ASSISTANCE 1. आवेदन प्रारूप		(Healtho (स्वास्थय दे	खपाल)	Koshika foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M1032	4 409	APPLI आवेदन	CATION DATE:	3/29-	rlock of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम		Karya Began	4	AGE-YEARS SITS	-वर्ष BEX लिंग -		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME: Haki	m Khan	1			RUQATHO RUQATHO	
Khal	il .	Shach Dac	Phq	पन आबासीय पता प्रतिहरू	el.	11 C 24 03 2612 11000 C24 03 2612	
L	Har PE	TO ON - 2V	11724 SS: स्था			fort op	
		Some as	abov	re			
OCCUPATION : व्यवसाय	Ho	me me ker				हित) / UNMARRIED (जविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO	OME:	6000 fam	ily		(Attach Proof o (आय का सास्य		
PAN No. स्थाई खाता र ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE (lick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes/No हां/ नहीं	ř.		
				ETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Nar	ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम	A	ge (Years) ह्य (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
		mir		90	m	2014	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTAN	NCE (Tick whiche	iver is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अस्य काँ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे।		्Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रयाग पत्र की स्राया प्रति संस्पन करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				ESTING ASSIST/ ये विनती का तद्दे			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	Diagr	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलान Diagho818 RIE Senile CarkwigCt					
						enturact	
	0.7						
E	Surgeoup - Lie - Sics with from tens camp						
		/					
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SA	ME "PURPOSE"	from OTHER SOUR	RCES	
Sr. No.	इस उद्देश्य के हेतू क NAME of OTHER S				aid सं लिया गया हा? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रशी		
प्रस्म संख्या	-	अन्य स्त्रोत का नाम				W	
		TOWER.				00001-	
		DBCS	_		- Q	VVV (

DECLARATION by APPLICANT: आवेदमा इस पोपमा 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 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.
- मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विकारण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य वृद्ध सारी है। यदि आई विकारण पूर्व कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निरस्त करे जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायात राशि "कोशिका फाउन्मेशन", में शी क रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्नोक्तियोक्स कीया से न तो लिया है और न ही परिषय में सुन्ता

AGREEMENT by APPLICANT (अवोदक 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 प्रयत्र पर अपने इस्तास्त या अंगटे की साथ लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटा और जो विवरण इस प्रयत्न में धीपत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, यन, वाचना/या दूसरे उत्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार वाच्यय से प्रमास्त करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक को प्रस्तावर था अंगृडे का निशान

REGIOT.

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पतास इस करार)

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, इस्ताक्ष्य की और से मामलेशीमी को "कोशिका कातन्त्रान" से वितिय सहायता हेतू सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से यान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में निर्देश सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले तो है, जैसे कि हमने "कोरिका जाउन्देशन"

से सिकारिश/विजीत उक्त के सम्बंध में "कोरिका काउन्देशन" द्वारा करर हेतु कि है। यदि "कोरिका काउन्देशन" द्वारा सहायता किती आश्विकासकार हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्धकर राजता है। इस पृष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त संगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता क्षेत्रल विदिय प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुक्क सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने को की सारी जिल्मेदारी सेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिल्मेदारी इस भामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	ACCEPTENCE INGSTATE			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14 (03/29	(Name of Dr. & Regover, with Stamp)	The state of the s			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	UNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्			
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2			
E	fugel	ect.			