AP	PLICATION F सहायता ।	ORM FOR ASSISTANC तू आवेदन प्रारूप	An extension	thcare) (देखमाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M103	25/14/6	APPLICATION DATE	010-	foundation Building block of life.	
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम	r.	dha	AGE-YEARS	ति । SEX लिंग	10 10	
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्म का नाम	'S NAME :	Babusian	01		ANTHE STATE OF THE	
0000	DA /	PRESENT RESIDENCE ADDR	ESS वर्तमान आवासीय प		PASTE PHOTO HERE O	
	11000000	ay Phodah		Canethe	Prillet Post	
		ERMANENT RESIDENCE ADDR	ESS : स्थाई आवासीय पत			
			rt gowt			
OCCUPATION : व्यवसाय	fa	men		MARRIED (TRI	চিন) / UNMARRIED (সনিবাছিন)	
FOTAL ANNUAL INC कुल वार्षिक आय	30	10001-		(Attach Proof o (সাথ কা মাহ্য	f Income) । संसम्ब	
PAN No. THE WIRE	TIGHT E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / N	lo		
बा आप आय कर दाः	ता है (ओ मान्य हो र	स पर सही का निशान लगाये।	हाँ / व FAMILY DETAILS परिवा	स्रो		
Sr. No. ऋम् संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उप्र (गर्ग)	Gender fein	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
		Will Line				
		BASIS for REQUESTING । सहायता के लिये वि	ASSISTANCE (Tick which	never is applicable)	Addition of the last	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाद्य प्रति संसम्प करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को स्नया प्रति संलग्न) (A	ation Card ttach Copy) प्योक्ता कार्ड गे क्रमा प्रति मोत्रम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
			for REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उद्			
Sr. No. क्रम संख्या	0	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सुन्धे अलग्न				
PASSESSE!						
	0		U€	sente	(ONA nact	
	-		6			
	Mung	in the	ics col	The PMA	4 less camp	
			अन्य सहायता किसी अन्य	कांत में लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOL अन्य स्त्रोत का कृ		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता यशी		
		936			Dol	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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 resection/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.
- 3) 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.
- में घोषणा करता है कि इस प्रक्रप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सती है। मीर कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी स्वात्यवा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायक राशि "कोशिका फाउनोशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोवक/कीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में तुँगः।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक क्षण 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 hards address photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or confering the saletance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is staged will be final and acceptable to me.
- इस प्रयत्त पर अपने इस्ताव्य या अंगठे की छाप लगाकर, में (आविष्क) अलग्ते रोहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उसके न्यासीमों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रयत्न में मोशित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दार, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी शतिविधियों और उपलक्षियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" म न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (अवंशक) इस बात से सहमत हूँ कि मेंग्र नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं कराता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IM

आवेटक के हम्लाक्षर या अंगुर्त का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFIRM DR WOT)

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 assentially 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.

हमारं अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामर्क्तपेगी को "कोशिका काउन्हेशन" से वितिष 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 ही चिविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उच्च रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो। पिए "कोशिका फाउन्डेशन" हो। सहायता विनित अधिका/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया चाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सूर्यस्वर रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा चता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉरिका फाउन्टेशन" में ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हस्यवाल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यवाल के बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्टेशन" द्वारा कियो प्रकार का कोई द्याय नहीं है। इसलिये हस्यवाल में रोगी के इलाज मुख्का और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यवाल की होगी और "कोरिका" की कोई मुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** ऑपोसन को लगेख adáva (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Statut) on behalf of Hospital) हाबटर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. नाम व पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।