AP		ORM FOR ASSISTANCE हेत् आबेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)		Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	W 10 2.5	5/1417 AP	PLICATION DATE	03 25	Building block of life.	
NAME of APPLICAN जाबेदक का नाम	π:	Bhaggan	AGE-YEARS	मु-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्म का नाम	'S NAME :	Teil	01	111		
shiv	Over	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पर		NUMBER OF CRASS	
Siuv	POIL		ton.	17.60	Polled Proble	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS		1202		
		same as	rpo ar			
OCCUPATION :	-tora n	nen		NARRIED (Faillion) / UNMARRIED (अविश्राहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 30 000 किया (Attach Proof of कुल वार्षिक आप (अप का साह्य						
PAN No. TRIS RISE	संख्या	,			ne.w.	
स्या आप आय कर दात	ह (क्र. ASSESSEE ह है (जो मान्य हो :	(Tick whichever is applicable): इस पर सडी का निशान लगाये।	Yes/No हां/स	ñ		
Sr. No.	l N	ame of Family Member	Y DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	_ 4	रिवार के प्रदस्यों का नाम db. (CVM	उम्र (वर्ष)	M ^P	आवेदक के साथ सम्बध	
	17.00		9			
- Mes		BASIS for REQUESTING ASSIST सहायता के लिये विनित्र आप		ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण एव (प्रमाण एव की स्थाप प्रति संतम्प करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसाम करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
		"PURPOSE" for REG सहायता हेतु किये	QUESTING ASSIST			
Sr. No. ऋम संख्या	0	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकारन सची संलग्न				
NA 41041	diagr	De la companya de la				
	0	LE SENTL cateract				
	d	A STATE OF THE STA				
,	Mind	an he ma	100	h Prym	ia len camp	
	1	1				
		ASSISTANCE BEING AVAILED for S	AME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE		
Sr. No.	1	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सा NAME of OTHER SOURCE	रायता १६सा अन्य स	AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रीत का नाम		Down	ली गई सहत्यता राशी	
		12012		1000		
				1		

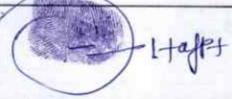
DECLARATION by APPLICANT: अस्तेत्क द्वारा मोमणा पत्र:

- 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 solemnity 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 यांपण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे द्वारा जो सहत्रका राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा साहि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस स्वाप्तता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य स्रोठ:नियोजक/बीमा कप्पती से न तो लिया है और न ही धविष्य में लीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर चा अगर्द की छाप लगाकर, मैं (अरवेदक) अपनी सतमाति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और नो विवरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाधना/चा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी मृतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम में प्रमार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इतान के पत्रले चा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" च न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा कम, पता, कोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION अवेदक के इस्ताक्षर या अंगुटे का निशास



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाल क्या 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, तस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायत हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से प्रान्य व स्वीकार काते हैं।
- 1) मा कि न तो वर्तमान और न ही भिक्तम में वितिय सहायता किसी गैर सरफारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उका ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विनीत उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" द्वारा स्वतात किती आंशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैत सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सवायता लेने का अधिकार सुर्धित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उकत ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा-लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्हेंशन" में ली गई सहायता केवल बितिय प्रकृति की है। ग्रेगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुन्छ ग्रेगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी वो इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्सेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिस्सेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व गींच. न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताकर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताकर 2