-			02 - 33		- (8)
APPLIC T	ATION FORM FOR ाहायता हेतू आवेदन	ASSISTANCE प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika foundation
PLICATION No. : इन संख्या :	11032411	434 AF	PPLICATION DATE		Building block of life.
ME of APPLICANT : दक्ष का नाम	Matuka		AGE-YEARS IN	- SEX 1999	9-1
HER'S/SPOUSE'S NA /कटुम्प का नाम	ax harde K	Su'shn	वर्तमान आकसीय पर	g)	F- METUKA
0 near	mohamma	dour k	रमाम्बर्ध	9864-V	Pour Rost
lariyara,	PERMANENT I	RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पता		
	e de	me as a	bove		
CCUPATION:	Homema	box		MARRIED (Railer)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
विसाय DTAL ANNUAL INCOME ल वार्षिक आय	~ 20000	femily		(Attach Proof of In (आप का सास्य सं	come) तम्म)
N No. स्थाई खाता संख्य	V ACCESSES (Tiek whiches	ver is applicable):	Yos / N	No	
te you an income ia i आप आय कर दाता है	X ASSESSEE (Tick whiche (बो मान्य हो उस पर सही क	। निशानं लगाये।	कां/	नही	
Sr. No. क्रम् संख्या	Name of Family पश्चिम के सदस्य	Member	MILY DETAIL5 परिव Age (Years) उम्र (वर्ष)	द् विवरण Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
क्रम संख्या	Ram	Kontan	15	M	Soh
2	(ex)	Ray	12_	m	Son
	BASI	for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	ISTANCE (Tick while	chever is applicable)	
BPL Card (Attach Card C गरीबी रेखा के नीचे ?	opy) (Att	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अस्य वर्ग प्रमाण पत्र		Railon Card Aftach Copy) प्रपोक्ता कार्ड	Any Other Basis/Proof অন্য কাৰ্য মাধ্য
(प्रमाण एक को सावा प्रति	मंलान करे। (प्रमाण	श्र की छाया प्रति संलग्न करे	। (प्रमाण पत्र	की छाया प्रति संसम्म करे।	0.00/200/00000
			REQUESTING ASSI केये गये विनती का त		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	्राप्ताल/डॉक्ट्र, से जारी की गुई प्रतिकेदन सूची संलान राहि- शिक्षा कि एक स्थाप दि				
	()				
	V		118- 1	denile co	dwact
4	Surgery	RIE OSU	cs coit	h pmma	Lens camp
				E" from OTHER SOURCE	S
	221	उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	विकासना किया अस	स्थात स्थालया गया जा र	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा एव:

- 1) 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.
- 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.
- वै घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी जनकारी के अनुसार मृत्य एवं सत्ती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असन्य पामा जाता है तो भेरी महायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहायता गरिश "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के शिवे किया जायेगा, जो इस प्राक्तव में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि निम सहायता हेतु का प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिवर्ण में सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निमोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में शूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेषक 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 इस्ताक्षर या अपने की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमात को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउँडरान और उसके त्यासीयों " को अधिकृत फरता हूँ कि मेरा नाय, पता, फोटों और जो विकाल इस प्रयत्न में शामित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विकाण मेरे इलाज के फाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडोंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस चल से सहमत हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाण्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावा या अंगूर्त का निरान

AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमातल द्वारा 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 nancial in the transport of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital will applied to the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital will be patient is based on the arrangement between the patient & the Hospital and in in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

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, हस्ताक्षरी को ओर से मामलेजीगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्यतात) निम्न प्रकार से सान्य व स्थीकार फाउन्डेशन" 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "फोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिक/विनति उक्त के सन्यम में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सम्बद्धान विनति ऑशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है जे अस्मातन

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साध्यन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोवल कितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल

के बीम का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशाब नहीं है। इसलिये हस्मताल में रोगों के इत्याव सुरक्षा और आने जाने की कारी किस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** ministration ऑपरेशन की सरीख ation Stamp of Authorised Signatory 18/03/24 ervalf of Hospital) (Name of Dr. & Rugin, Novwith Stamp) पर हस्पतीय अधिकृत अधिकार FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक ठपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यासी हस्ताक्षर ।