APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika foundation	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	M/03	24/1437	APPLICATION DA आवेदन तिथी	5103/24	Building block of life.	
NAME of APPLICANT आबेदक का नाम	^	tloop	AGE-YEAR			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME: Mal	book khan			THE METILES FORM	
Rigurge		PRESENT RESIDENCE ADDRES	कि जातमान आवासाय विज्यान	Kheni	O MOM-CH-01-9424	
kiniyan	a, cutto	RMANENT RESIDENCE ADDRES	- 263 s: स्याई आवासीय		the goest	
		Scime as	chove			
OCCUPATION :	fa	rmer		MARRIED (Palis	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) (जाव का सास्य संसम्य)						
PAN No. THE THE T	संख्या	Tick whichever is applicable):	V	s / No		
क्या आप आय कर दाता	। है (जो मान्य हो उर	। पर सही का निशान लगाये।	हां	/ नही		
Sr. No.	Nac	ne of Family Member	AMILY DETAILS प	रिवार विवरण Gender	Relation with Applicant	
क्रम् संख्या	परि	बारू के सदस्यों का नाम	उस (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
4	+	Hydamsh	04	I I	- da	
2		Wienl	05	M	364	
3		Abeal	03	m	Soh	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विना	SISTANCE (Tick w	hichever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की संस्था प्रति संस्थन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न	हरे। (प्रमाण प	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड १३ की छापा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		सहायता हेतु	r REQUESTING AS किये गये विनती का	उर् देश्यः		
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से आरी की गई प्रतिबंदन सुझी संलग्न						
	thoughous gir- denile convert					
	LIE- Senile Cataract					
2	Buly	evy. LIE SIC	९ कार्न	mma	lens camp	
	0					
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPO	OSE" from OTHER SOURC	ES	
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किस Sr. No. NAME of OTHER SOURCE				अन्य स्थात स लिया गया हा? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
क्रम संख्या	क्रम संक्ष्या अन्य स्वोत का नाम				सा गइ सहायता प्रशा	
1 Vises				9	100	
				-1		

DECLARATION by APPLICANT: आनेदक द्वरा घोषणा पत्र:

- 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.
- 2) 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रकृप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पावा जाता है तो मेरी महायता निस्ता की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायक ग्रांश "कोशिका फाउन्देशन", से ती का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शिश को आशिक का सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोदिनियोक्क बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लेंगा।

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) (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.
- इस प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षा या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंद्रेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम. पता, फोटो और जो कियरण इस प्रपत्र में फोबित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यम में प्रमारित करने के लिए ऑफक्त है। मेरे प्रपत का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडोंमन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एसम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हम्लासर या अंग्रुटे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पतास क्रेंग 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

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेजीयी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताक्ष) निम्न प्रकार से मान्य व स्थाकार करते है। गड कि न तो सर्गन और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/म्यास्ते में लीगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोरिया फाउन्डेसन" में मिफारिश/विनीत उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। पदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायता विनित्त ऑशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/मामले इंत किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिय का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्थताल में रोगी के इसाव सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** ऑपरेशन की तारीख Manage (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on Designation Hospital) । নাম ৰ মুঠ হুম্মান ক্ৰছেব অধিকাট (Name of Dr. & Rogn, No. with Stamp) अक्ट का उम्म किसादा व कि न 8911 FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2