APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमात)						Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V/032	3/17-31	APPL Street	CATION DATE : 2	4/03/23	Building black of life	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	ICANT: V. U. DOLL			AGE-YEARS STIG-THE SEX FROM		A. 7	
FATHER'S/SPOUSE'S	INAME: JOU	pal		10			
		PRESENT RESIDENCE A				PASTE PHOTO HERE	
		Dist Maternant Residence A				Perecop Postop	
		Same a	A ak	ove			
OCCUPATION :	Hom	e Maker			MARRIED (विवास	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आप	3	60001- CF	ami	14)	(Attach Proof of (आय का साख्य		
PAN No. PUT BIRT T	रसमा						
ARE YOU AN INCOME	है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicab स यर सही का निशान लगाये	ite):	Yes / No हां / नहीं	1		
				DETAILS परिवार वि			
Sr. No. क्रम संख्या	Na 10f	me of Family Member रवार के सदस्यों का नाम	A	ige (Years) ਰਸ਼ (ਕਥੇ)	Gender fein	Relation with Applicant आवेदस के साथ सम्बद्ध	
T.	Chan	dra bhan		78	M	Husband	
9.	VJ	VISAY		34	4	Son	
ζ,	Peniya			32		Daughter in Law	
	10	490				The state of the s	
		BASIS for REQUEST सहायता के ति	ING ASSISTA ये विनति आधा	NCE (Tick whichever	er is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण यत्र (प्रमाण यत्र को क्रया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खर्चा प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof সাৰ কাৰ্য্য মাধ্য	
				IESTING ASSISTAN ार्वे विनती का उर्देश्य			
Sr. No. Medical Reports/Prescription अस्पताल/कॉक्टर से नारी की गई भी हिंह - Code						4	
		LE- Catariact					
		Swig ery (DE) SICS + PMMA					
	1035						
	2	ASSISTANCE BEING A'		ME "PURPOSE" fe यता किसी अन्य स्वोत			
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का जाम			the state of the s	of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायश क्सी	
	1						

DECLARATION by APPLICANT: STREET BY WITH THE

- 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 essistance, 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 फोपणा काता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवस्त मेरी जानकारी के अनुस्तर सत्य एवं सत्ती है। यदि कोई विवस्ण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायशा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायात राति "कोशिका काउन्टेशन". में ली का रही है, उसका उपयोग उसी डरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि निम सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीष्ठ का उत्तरिक या सकल किरता किसी अन्य ग्रीष्ठ/नियोजक/बीमा कम्पनी से द तो लिया है और न ही मुक्तिया में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (anitos gro wor)

- 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 प्रपत्न पर अपने इन्ताकर या अंगते को साथ लगाकर, में (आवंदक) अपनी सहमाँत को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गाँतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इताज के पताले या कार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्यता के उद्देश्यों से प्रवित है मुझे स्वत: सहस्यता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांशिका" प्रवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अग्रेटक की क्ष्मातार का ओपूर्व का निवास

AGREEMENT by HOSPITAL (新中田村 雷切 年収)

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

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 की ओर से मामलं/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की बाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो यांगान और न ही भीमन्य में निर्तिय सहायदा किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उन्नत रोगी/मामले में लंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" में मिरकारिश-विनित उका के मानवर में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परद हेनू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक-सकल हेतू पन्तुर नहीं किया जाता है तो अध्यादल किसी अन्य के सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लंने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी-मामले हेतू किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा-लेगी।
- 2 "कोशिका जाउन्हेमन" से ली याँ सडापता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वार दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का खुनल रोगी प्रश्न इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका जाउन्हेम्शन" द्वार किसी प्रकार का कोई दसाव गहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की प्रांति किसीहारी सेपी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रांतिका या विषयेदारी इस मामले में नहीं झोगी।

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2