APPLICATION No. 1 A O344 20-18 APPLICATION DATE: A O345 A O34	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			thcare) य देखपाल)		Koshika	
RATHER PROPERTY NAME: RATHER PROPERTY NAME: RATHER PROPERTY AND PRESENT RESIDENCE ADDRESS TOTAL HITERIA TO THE PROPERTY OF PASSOP POSSOP POS		0324 2028	आवेदन तियी 🗗 🖰	03-2	024	Building block of life.	
RATHER PROPOSES WAME PRESENT RESIDENCE ADDRESS कर्मपा उपायमिय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्ष्मिय उपायमिय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS क्षमिय पता MARREE (श्रिमीका) JUNMARRIED (श्रिमीका) (अपायम प्राच्या विद्या पता ABABIA PROF (STATE) FAMILY DETAILS परिवार विवार FAMILY DETAILS परिवार विवार FAMILY DETAILS परिवार विवार (ABACH Clard Copy) अवस्थ अप प्राच्या पता (ABACH Clard Copy) अवस्थ अप प्राच्या पता (ABACH Clard Copy) अवस्थ अप प्राच्या पत्र क्षमिय अपायम पत्र (अपाय पत्र क्षमे प्राच्या APY Other Basistrone Relation with Applicant (अपाय पत्र क्षमे प्राच्या (अपाय पत्र (अ		Mohd . Somsher	CAS AND	आयु-वर्ष ।		NGI OF A	
WHERE Prod CSD ST.R. 31 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वारं आवारणेव पाण PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वारं आवारणेव पाण PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वारं आवारणेव पाण MARRIED (विवाहिक) (Attach Proof of Income) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (आवार बात पायर स्वारंग) MARRIED (विवाहिक) (MARCH Copy) (MAR		ME: Raheem Khan					
DECUPATION : PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आपपासीय पण DCCUPATION : PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आपपासीय पण PCTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income) (आप का काल के स्थास के प्रिक्त के स्थास के प्रिकार के स्थास के प्रिकार के स्थास के प्रिकार के स्थास के स्थास के स्थास के प्रिकार के स्थास के स्था	Village - Ran	The state of the s	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	St Mer	thurg	The second live and the se	
MARRIED (क्यांका) / UNMARRIED (जिल्लाका) TOTAL ANNAL MICOME: 100 by PAN No. त्यार्च जाता योज्य ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): प्रकृत आर्थिक जाता योज्य ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): प्रकृत आर्थिक जाता योज्य ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): प्रकृत आर्थिक जाता योज्य FAMILY DETAILS. परिवार विवयण FAMILY DETAILS. परिवार विवय	Utter Pred	PERMANENT RESIDENCE A		RETE		h:(c) 1-21-1	
स्वार प्राप्त के अपन अपन कर किया है किया		(1,5	S. Co. Kr.				
कुल व्यक्तिक अवर PAN No. सर्वा खाल रहेला APA No. स्वा खाल रहेला APA No. स्वा खाल रहेला APA No. स्वा खाल रहेला APA No. Name of Family Member	व्यवसाय /-१३		STIP IN U. S. Marine St. Marine S				
ABE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप कार चला है (को मान्य हो उस पर सही का निशान हमाणे। FAMILY DETAILS परिवार विवारण FAMILY DETAILS परिवार विवारण FAMILY DETAILS परिवार विवारण Relation with Applicant आम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहारमण के लिये विवारी आपार All Card (Attach Card Copy) परिवार के अर्थ अपाण पर (मान्य पर को खाल अर्थ प्रवारण करें। (मान्य पर को खाल अर्थ प्रवारण करें। (मान्य पर को खाल अर्थ प्रवारण करें। (मान्य पर को खाल अर्थ के प्रवारण करें। (मान्य के खाल अर्थ के प्रवारण करें। (मान्य पर को खाल अर्थ के प्रवारण करें। (मान्य के खाल करें। (मान्य पर को खाल करें। (मान्य के खाल करें। (मान्य के प्रवारण करें। (मान्य के खाल करें। (मान्य के प्रवारण करें। (मान्य के खाल करें। (मान्य के के प्रवारण क	कुल वार्षिक अस्य	5/0001					
Sr. No. Name of Family Member	ARE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (Tick whichever is applical	ole): Yes	No Hall			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सारायण के लिये विपत्ति आधार BPL Card (Attach Card Copy) अधि रेखा के मीचे प्रमाण पत्र (अमान पत्र को छावा प्रति संस्य को। (अमान पत्र को छावा प्रति संस्य को। Sr. No. BH संख्या ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES FR उद्देशन के हेंगू कोई अन्य सहायणा किसी अन्य स्वीत से नाम पत्र को हिम्सा पत्र के हिम्सा पत्र के हिम्सा पत्र के हिम्सा पत्र को। ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES FR उद्देशन के हेंगू कोई अन्य सहायणा किसी अन्य स्वीत से निम्सा पत्र को हिम्सा पत्र को हिम्सा पत्र को हिम्सा पत्र को हिम्सा पत्र को। ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES FR उद्देशन के हेंगू कोई अन्य सहायणा किसी अन्य स्वीत से निम्सा पत्र को हिम्सा पत्र को। AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES FR उद्देशन के हेंगू कोई अन्य सहायणा किसी अन्य स्वीत से निम्सा पत्र वाले को वाला पत्र हिम्सा पत्र हिम्सा पत्र को हिम्सा पत्र वाला वाले हिम्सा पत्र वाला वाले हिम्सा प्रचार हिम्सा अन्य सहायणा किसी अन्य सहायणा किसी अन्य सहायणा किसी अन्य सहायणा वाले हिम्सा पत्र वाला वाला वाला हिम्सा अन्य सहायणा वालो हिम्सा पत्र वाला वाला वाला वाला वाला वाला वाला वाल			FAMILY DETAILS UP		nder I	Relation with Applicant	
सहायता के लिये विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनित्ती को उद्देश्यः Sr. No. अस आवार प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनित्ती को उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिविदन सूची संलगन / गाविता अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिविदन सूची संलगन ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिखा गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अस्य संख्या अन्य स्त्रीत को नाम संख्या उत्री से सहायता उन्नी		परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)			आवेरक के साथ सम्बध	
सहायता के लिये विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनित्ती को उद्देश्यः Sr. No. अस आवार प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनित्ती को उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिविदन सूची संलगन / गाविता अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिविदन सूची संलगन ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिखा गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अस्य संख्या अन्य स्त्रीत को नाम संख्या उत्री से सहायता उन्नी	1.						
सहायता के लिये विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनित्ती को उद्देश्यः Sr. No. अस आवार प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गर्ग विनित्ती को उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिविदन सूची संलगन / गाविता अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिविदन सूची संलगन ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिखा गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अस्य संख्या अन्य स्त्रीत को नाम संख्या उत्री से सहायता उन्नी							
सहायता के लिये विनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) प्रश्चि रेखा के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को शावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. अस अंव अंव प्रमाण पत्र की शावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्यताल/ढॉक्टर से जागी की गई प्रतिवंदन सूची संलगन / गाविकार है। ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिखा गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम		1927					
सहायता के लिये विनित्त आधार BPL Card (Attach Card Copy) प्रिची रेखा के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलगन करें। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनित्त को उद्देश्यः Sr. No. अस आज प्रति संलगन करें। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनित्त को उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जागी की गई प्रतिविदन सूची संलगन / गाविकारी ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिखा गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अस्य स्त्रीत को नाम							
सहायता के लिये विनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) प्रश्चि रेखा के नीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को शावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. अस अंव अंव प्रमाण पत्र की शावा प्रति संलगन करे। PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्यताल/ढॉक्टर से जागी की गई प्रतिवंदन सूची संलगन / गाविकार है। ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिखा गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम							
BPL Card (Attach Card Copy) परीबी रेखा के नीचं प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रदि संस्थन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किन गेम पे विनती का उद्देश्यः Sr. No. अस्य अव वर्ष प्रमाण पत्र को छावा प्रदि संस्थन करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किन गेम पि विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्यताल/डीक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सूची संस्थन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रदि संस्थन "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र को छावा प्रदि संस्थन "PURPOSE" for THRACT Any Other BasisIProof अन्य कोई स्क्रम अस्य कोई स्क्रम "अस्य कोई क्रम सहायता किसी अन्य स्क्रीत से लिखा गया हो? Sr. No. अस्य स्क्रेत का नाम "Any Other BasisIProof अस्य कोई स्क्रम अस्य कोई स्क्रम अस्य कोई स्क्रम "अस्य कोई स्क्रम सहायता किसी अन्य स्क्रीत से लिखा गया हो? "अस्य सहेत का नाम "अस्य स्क्रम वाल से लिखा गया हो?		BASIS for REQUES सहायता के लि	TING ASSISTANCE (Tick wi	ichever is ap	plicable)		
अस्पताल हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जागे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न / 'गानुभाराड होट PCLOU (F. SENTIE CHTHRECT ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य संख्या AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रंगी	BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate C		te Copy) ण चव	(Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड		Basis/Proof	
अस्म संख्या अस्मताल/डॉक्टर से जाये की गई प्रतिबंदन सुची संलगन / 'DIGPOSIS RE PCLOU (E SENTIE CATRICHET) Surgery E SICS WITH PRIMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उप्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से तित्या गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम ली गई सहायता ग्रेसी				THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH			
SUNGERY ESICS WITH PRIMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को होतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	0.0000000000000000000000000000000000000	Medical Reports/Prescriptions Attached					
Surgery (E SICS WITH PINION) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गणा हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम अन्य स्त्रोत का नाम संख्या	,	MIGHORIS RE PCIOL					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत में लिया गणा हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम अन्य स्त्रोत का नाम संख्या		0.					
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम अन्य स्त्रोत का नाम अन्य स्त्रोत का नाम अन्य स्त्रोत का नाम	3	Surjery LE SICS WITH PMMP					
इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम अन्य स्त्रोत का नाम अन्य स्त्रोत का नाम अन्य स्त्रोत का नाम		ACCICTANAL DEINA	VAR ED for SAME IDUIDOG	SET from OTH	IEB SOLIBORE		
क्रम संख्या अन्य स्वीत का नाम ली गई सहायता ग्रशी	1	इस उद्देश्य के हेतू	कोई अन्य सहायता किसी अ	य स्त्रोत से लि	वा गया हो?		
I Aill				AMOUNT			
		Nill					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कोपणा पत:

- 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.
- 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकृप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मिर कोई विवरण एवं कथन असाम पाया जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्ररूप में करा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोखक/बीमा कम्पनी से न से लिया है और न ही प्रविध्य में लिया।

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 प्रयत्र पर अपने इस्तावर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेशक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके नासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येश गाय, पता, फोटो और वो विवाण इस प्रयत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रात, याधना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्र का विवाण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से आर्थित है मुझे स्कत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सन्यंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औत्म और बाध्यकारी क्षोण।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधर या अंगुरे का निशान





AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल क्राय करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm 5 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, इस्ताक्षणे की ओर से मामले योगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की आती है, जिसे हम (इस्प्याल) निन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सन्वथ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदर हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सरनाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पतल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पतल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की उससे विम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस मामुले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR स्वीकृती के लिए	r sixoft		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. MoNd. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology FICO (UK) (Name of Dr. & Regar No orith Stamp) Reques का नाम व संस्ताहर व रहिर म	YOGESH YADAV Assistant Administrator (Name Designatories is family of Authorised Signatory Dr. Shirling अभिन्त अभिन्तरो		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	DUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताकर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताबर 2		
Č	Safangel	lie 18		