APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखपाल)				Koshika	
APPLICATION No.: आयेदन संख्या :	OHO 0406	APPLICATION DAT	81 170 BI	Building block of big.	
	uolhasi	AGE-YEARS	आयु-वर्ष SEX लिय	0 0	
FATHER'SISPOUSE'S NAME : पिता/कडुम्म का शाम	Slo: Narbati Sing			W	
Vill- Inda	PRESENT RESIDENCE ADDRES	38 वर्तमान आवासीय प	स्या	A THE THE TENER	
Dixtt 1	Mathusca, U.P. PERMANENT RESIDENCE ADDRES	28/30/ इ. स्था आवासीय पर	g	Preop Postop	
Same	as above			(0406) Bhydhar	
OCCUPATION:	simer		MARRIED (Fault	RI) / UNMARRIED (affinities)	
सुस वार्षिक अप				Income)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSES त्या आप आप कर दाता है (वो मान्य	SEE (Tick whichever is applicable):	Yes / N	ło .	mo-1)	
	FA	MILY DETAILS THE	र विकरण		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का भाम	Age (Years) ভয় (বৰ্ম)	Gender	Relation with Applicant	
	STIAN	late	्रिमा नि	आवेरक के साथ सम्बंध	
2.	reetam	4-8	M	Son	
3.	uttam	42	M	Son	
ч	Rameth	38	17	Son	
5-	manest	27	79	Son	
6.	BASIS for REQUESTING ASS सहायता के शिल्पे विकति	21	М	Sen	
	सहायता के लिये विनति	ISTANCE (Tick which SHVIR	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण एव (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संसम्ब करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सम्बा प्रति संसान करें।	nA)	tion Card ach Copy) गोवता कार्ड सम्ब प्रति संसन्द करे।	Any Other Basis/Proof अन्य फोई सास्य	
	"PURPOSE" for R सहायता हेतु वि	EQUESTING ASSISTA में गर्म विनती का उर्दे	ANCE:		
Sr. No. क्रम संख्य	Mec acevane	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	RE - I	msc			
	LE - "	msc			
	Surgery	- (E) s	CC + Jol		
	Accountables		C according to the con-		
Se No.	ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उर्देश्य के हेतू कोई अन्य र	SAME "PURPOSE" (/ सायता किसी अन्य स्त्र)	om OTHER SOURCES त से लिया गया हो?		
Sr. No. अस्य संख्या	NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of AS अन्य स्वोत का नाम सी			SSISTANCE BEING AVAILED	
1.	SCEH	2			

DECLARATION by APPLICANT: जानेरफ द्वारा चीपणा 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 assistant 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, evail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the anifor which this assistance is requested.
- मैं चोषणा करता है कि इस प्रक्रण में दिये गये साथी विकास मेरी जानकारी के अनुस्ता सत्य एवं सही है। मृदि कोई विकास एवं कथन असत्य प्राप्त काता है तो मेरी सहायत निस्त की जा सकते के
- मेर हाय जो सहाशता गति "क्रोशिका फाउन्डेशन", में की जा क्यी है, उसका उच्चीन उसी उदेश्य की पूर्व के लिये किया जानेना, जो इस प्रक्रम में भग गया है।
- 3) मैं चुंच करत हूँ कि किस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राहि का आसिक या सकत दिस्स किसी अन्य खोळिनियोककार्योग्य कम्परी से न तो तिया है और न हो चींच्या में लूँच।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेपक द्वार करार)

- 1) By afforing 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 प्रथम पा अपने इस्तरक्षा या अंगते की काप समावन, में (आवेदक) अपनी सक्ष्माति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोंशिका फाउंडेग़न और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि भेग नाम, पण, फोटो और जो विवरण इस प्रथम में भोषित है, उसे "क्रोंशिका" एवम् नामी, दान, वायनक्ष्मा दूसरे उद्देश्य से मुद्री गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम सं प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेरफ) इस बता से महमत हैं कि मेरा नाम, पता, पति और विकाय को कि सहायता के उर्देशमों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसके न्यांसियों का निर्मय अतिम और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : उट्टोरम से इस्ताम पा अपूर्व का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (SPIRITE GIT WITK)

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 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. 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. 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.

ा the matter
हमा आपकृत, हमावारों को जार से मामाने गोरी को "क्रोतिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु विकारित की करती है, जिसे हम (हम्प्तास) सिन्न प्रकार से मान्य व स्थावन करते हैं।

1) यह कि न से पर्नायन और न ही श्रीवाम में विशिव सहायता किसी मेंर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्षा र्यगीमामाने में लेंगे या से रहे है, वैसे कि हमने "क्रोतिका फाउन्देशन"
हो विकारितायिकी उन्हों के सम्बंध में "क्रोतिका फाउन्देशन" हम महर हेतु कि है। यदि "क्रोतिका फाउन्देशन" हम सहायत विविध लागिक सकत हैतु मन्त्र नहीं किसा जाता है तो अस्थातत किसी अन्य के किसी अन्य सम्बंध में स्वायत से मान्य के क्रायतिक स्वायति के स्वायति से स्वयतिक स्वायति के स्वयतिक स्वयतिक

2. "वॉशिका चाउन्तेंगन" में लो गई महत्त्वा क्षेत्रल विशिव प्रवृत्ति को है। रोगों पर इस्पतल झुछ दी गई सलाह चा किये गये उपचारप्रक्रिया का भुनन रोगी एवं इस्पतल के बीच का विश्वय है और "वॉशिका पाउन्येंगन" झुण कियो प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसरिल्ने इस्पतल में रोगों के इलाव मुख्या और आने वाने की कारी जिन्नेयारी रोगों एवं इस्पतल को होगी और "वॉशिका" को वाई पृथ्वता मा जिन्नेयारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑसंग्रन को करेख

81/50/01

Dr. Ashwini Kumar MBSS MS FICO Reg. No. 66028

(Name of Dr. & Regn (No. With Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ দং রমবান অধিকৃত্ত অধিকাট

Administrato

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनतीरक उपयोग हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Enfungel

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताशा 2

lite