C18 07 022)

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थर देखपाल)					Koshika
APPLICATION No.: V 0 न	18 0412	APPLICATION DATE	20	810 Ha	Building block of bia.
Average of Assistant States	yav Singh.	AGE-YEARS	_	SEX feft	
	0 - bon Shan	kan	_	1-1-1	
	PRESENT RESIDENCE ADDR		in the second		Y
Sharhty No	gar, isharad			100	Preop Putop
	PERMANENT RESIDENCE ADDRE		1		C 0 11C
		done			(0412) Davyal Sin
OCCUPATION : व्यवसाय FOTAL ANNUAL INCOME :		MARRIED (PINTER) / UNMARRIED (WIRELES)			
Marian Control of the	umployed VA		(A	ttach Proof of आप का साक्ष्य	Income) II라구()
PAN No. स्थाई खाता एंख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE स्वा जाप जाय कर दाख है (जो मान्य हो	(Tick whichever is applicable): उस पर सही का निशान लगाये।	Yes/A			
Er No.		FAMILY DETAILS परिक			
Sr. No. N क्रम संख्या प	lame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম (বর্ণ)	9	Sender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध
		-			
			_		
	BASIS for REQUESTING AS	SSISTANCE (Tick which	ever is a	nolicable)	
440000	सहायता के लिये विश्री	ति आधार		,,,,,,,,,	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रचाण पत्र (प्रणण पत्र की साथ प्रति संतरन करे।	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रकार पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संतरन व	(At	Ration Card (Atlach Copy) उपभोकता कार्ड (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof জন্ম কাই নাহ্য
		REQUESTING ASSIST किये गये जिनती का उट्टे			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकंदन सुधी संस्थान RE - A e ho-स्थांप o				
	NE -				
	LE-	TMAC			
	Swycry-	- (E) Si	4-	FTOL	
	ASSISTANCE BEING AVAILED ! इस उद्देश के हेतू कोई अन	for SAME "PURPOSE" (य सहायता किसी अन्य स्त्र	rom OTH	ER SOURCES या गया श्रो?	
Sr. No. कम संख्या	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of A	ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायक्ष वसी
1	SCEH				

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा प्रवेशक 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 assistable 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 as was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not 8 will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the for which this assistance is requested.
- मैं संक्ष्ण करत हैं कि इस प्रक्रप में दिये गये रहती किएए गाँउ जानकारों के अनुसार सत्य एवं सबी है। मदि कोई विकाल एवं कथन असत्य पाय जात है तो मेरी सहस्थत विरक्त की क
- हो द्वार को बतायत ग्रांश "कोशिका फाउन्तेशन", से तो जा जो है, उसका प्रच्येन उसी उदेल्य की पूर्वि के तिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में मत गया है।
- 3) मैं चुंद कात है कि बिस सहायत हुंद यह प्रार्थत की गाँ है, उस रहि। का आंतिक या सकत हिस्स किसी अन्य घोठ/विधोजक/बीम कन्यनी से न तो तिया है और व ही पविषय में लेंगा

AGREEMENT by APPLICANT (अवरेड कर कपर)

- 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, eddress, 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 प्रश्न पर अपने हस्तवार या अंगते की क्राय लगाकर, में (अलंदक) अपने सक्ष्मति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेरान और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, करत, फोटो और वां निवरण इस प्रथम में चीवत है, उसे "कोशिका" एकम् न्यानी, दान, वावना/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गीतिकियों और उपलक्ष्मियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यन में प्रसार माध्य माध्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकास को उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे शकाः सहस्था का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध मैं "कॉरिका" एवन् उसके न्यांसियों का निर्णय और बन्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: spilon of secont to ship no firm:

ब्राम रिनेड

AGREEMENT by HOSPITAL (YESTER DRI WIT)

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, इस्ताबारे की ओर से पान्तोन्यों को "क्षेतिका फाउन्देशन" से बितिय सहाच्या हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्प्यास) निन्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो वर्तपार और न ही चित्रपा में विशेष ग्राह्मण किसी मेर स्वरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उन्ता ग्रेगी-पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "क्षोशका काउन्देशन" हो प्राह्मण काउन्देशन" हम सहस्था किसी अन्य संस्था या किसी अन्य सन्तामन में सहायश लेने का अधिकार सुर्गाशत है। इस पूर्णिट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्प्याल दिलीय परंद उन्ता ग्रेगी-पामले हेतु किसी किस या किसी अन्य साध्य से नहीं लेगा-लेगी।
- 2. "क्षोतिका फाउन्डेशन" से ली गई सहस्या केवल विशेष प्रकृति की है। येगी पर हस्पतल झ्रय पी गई मलड या किये एवं उपकारप्रक्रिया का पुगव रोगी एवं इपयाल को बीच का विषय है और "क्षोतिका फाउन्डेशन" झ्रम किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। इससिये इस्पताल में येगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिगन्देशने रोगी एवं इस्पताल

को दोनो और "बोरिजा" को बांई धूमिका या जिम्मेरती इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Administration Dr. Ashwini Kuma Date of Surgery MBBS MS FICO Reg. No. 66028 (Name, Designation & Stamp of Authorised Statistory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का नाम य हस्ताक्षर व रवि म् न्यम व पर हरपहाल अधिकृत अधिकारी आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्दमी हस्ताधर 2 न्यमी इस्टाधर ।