C19/02/0704

APPLICATION STREET STREET STREET	1.1.11	() 02 19 1 1 1 1 1 1 1 1	Preof. Rostof Rostof Rostof Rostof Cornga Geri
अप्रदेश अ भे प्रदेश अ	BT THE PROPERTY OF THE PROPERT	SEX THIN	preof. Posta
\$5 वर्डमान अ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १ १	85 व्यक्तेष पत		preop. Postal 0824 Garaga grev
के प्राचित्र इंड : स्याई आ	1.1.11		preop. Postof 0824 Gurga Geri
के प्राचित्र इंड : स्याई आ	1.1.11		preof. Postof 0824 Gunga Gen
ss : स्याद् आ	वासीय पत		0824 Gunga Devi
		Dark.	त) / UNMARRIED (अधिवाहित)
		(Attack Proof of	Income) , /
		(आय का सास्य	प्रसम्ब ो №
	Yes/No हां/ गेर्ड		
FAMILY DE	TAILS परिवार	विवरण	Relation with Applicant
Age	(Years) (वर्ष)	शिंग	आयेदक के साथ सम्बंध
4	5	M	SOH
		и. А	SON
11	7	- 14	3-71
UC ASSISTAN	ICE (Tick which	hever is applicable	
विन्ति आधार			Any Other
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संतर्भ खरे।		Attach Copy)	Basis/Proof अन्य कोई साक्य
	JESTING ASS	STANCE:	
पता हेतु किये र	गर्द विनद्धा का	oques:	d
अस्पतारण्डीकरर से जारी की गई प्रायमध्य पूर			मेलग्न D.C
Diagnosis PPZ			
	1E		
			7775 + 101
Suzery - RE - SICS + IV			
		Total	onimpee
ld ditt and	AIRL AIR	OSE" from OTHER अन्य स्थोत से लिया ग	AND THE OF A CEISTANCE BEING MANUELL
KER SOURCE		A	MOUNT of A3300 सहायता राशी
1 44 101			
	Age of the state o	हाँ / नेहें FAMILY DETAILS परिवार Age (Years) उम्म (वर्ष) NG ASSISTANCE (Tick which the firsts अग्रमार Copy) पत्र पत्र पत्र हिन्दु कियो गये विनडी का अस्मताल/डिक्टर से आग्री के अस्मताल/डिक्टर से आग्री के अस्मताल/डिक्टर से आग्री के अस्मताल/डिक्टर से अस्मत	PAMILY DETAILS परिवार विकारण Age (Years) उम्र (वर्ष) Reform Age (Years) उम्र (वर्ष) Reform Felt Furth आधार Ration Card (Attach Copy) उपग्लेकक कार्ड (मगल पत्र की जापा प्रति संसाय के अस्पत्रश्र/डॉक्टर से आंग्रे की गई प्रतिवेदन सूची AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER अस्पत्रश्र/डॉक्टर से आंग्रे की गई प्रतिवेदन सूची RAVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER अस्पत्रश्र/डॉक्टर से आंग्रे की गई प्रतिवेदन सूची AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SAME SOURCE AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SAME SOURCE

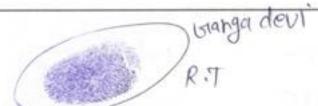
DECLARATION by APPLICANT: SPRING DR VIVIE TO:

- 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 a 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) में चोचना करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। मीर कोई विवरण एवं कपन जसत्य पान जात है तो मेरी सहायता निसन की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता गति "क्षोतिका फाउन्देशन", में ली जा क्षी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में भग गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रभीत की गई है, उस प्रशित का व्यक्ति हिस्सा किया अन्य ग्रोठिनियोजक/भीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (3000% grd wort)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use-publishiput-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 प्रत्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आयंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याकीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मैग नाम, फात, फोटो और खे विवरण इस प्रपन्न में चीवित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, याचनान्य दूसरे उट्टेश्य से नुद्दी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। भेरे प्रपन्न का विवरण मेरे इलान के पहले या काद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) में (आवेदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेश नाम, पात, फोटो और विवारण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यसियों का निर्मय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : SORGE & ELERT TI MITS OF FRIEND



AGREEMENT by HOSPITAL (FINITE DO WOL)

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 patienticase, 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.

7) 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, इस्ताक्ष्मी को और से मामले-पोणी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बिटिय सहायता हेतु सिफारिश की काती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार काते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिक्रम में दिलिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उका ग्रेणी-पामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा पदद हेतु कि है। मिंदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा महायता विनति अशिक-सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य से सम्बंध में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका ग्रेणी-पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायत कंवल वितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर इस्फाल इस दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किया कोई दबाब नही है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अंतरे जाने की सारी विष्येदारी ऐंगी एवं इस्पताल को होगो और "कोशिका" की कोई भूमिका या विष्येदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के लिए स	प्रसृति . \\		
Date of Surgery ऑसरान की वरीक 22 02 19	(Marie of Or of Polarin No. With Stamp)	(Name, Designation & Standb of Aughavised Signatory on behalf of Hespital) नाम व्युप्त अमिना अधिकारो		
	P. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	DATION जानारिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तासर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताधर 2		
8	fugel	lite.		