			C19	040040				
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)		Koshika foundation Building block of Ma.			
PPLICATION No. : वेदन संक्या :	V	10419 0017 8	PPLICATION DATE : ग्रेंदर तिथी D AGE-YEARS अ		6 6			
AME of APPLICANT : विदक्त का नाम	cho	ndalahan	70	M	60			
ATHER'S/SPOUSE'S NAME ता/कटूच्य का जाय		BOLU LOL RESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय प	11				
House	ver Ju	inction, Hazif	u77	204102	Preop Postop			
	D) %	MANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पंत		(6017) chandrobha			
		mo as ahove			r) / UNMARRIED (অধিবাহিন)			
DCCUPATION : अवश्याप FOTAL ANNUAL INCOME :	NA	mployed			(Attach Proof of Income) (ভাৰ দান মাধ্য বাংগৰ)			
कुल वार्षिक आप PAN No. स्थाई खाता संख्या	- A C - C - C	The state of the s	Yes !	Ho				
FILL STATE OF THE	से मान्य हो उस	ck whichever is applicable): यर सही का निशान लगाये।	El /					
			Age (Years)	Conder felt	Relation with Applicant आयेद्रम् के साथ सम्बंध			
Sr. No.	परिव	e of Family Member गर के सदस्यों का ज़ाम	उम्र (वर्ष)	F	Wife			
0	P	rem Vati	CACC		U			
				-				
				-				
		BASIS for REQUESTING A सहायता के शिये विन	SSISTANCE (Tick wi	hichever is applicable)				
BPL Card EWS Certificat (Attach Card Copy) (Attach Certificat		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरूप आव वर्ग प्रमान पत्र (प्रमान पत्र भी क्या प्रति संसान		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्त कार्ड प्रकी क्रम्य प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof ज्ञन्य कोई साक्ष्य			
		"PURPOSE" है	or REQUESTING AS दुक्तिये गये विनती का	SISTANCE: उद्देशप: rescriptions Attached				
Sr. No. क्रम संख्या		317	prij					
क्रम संदर्भ	अस्यक्षस्थ्यांक्टर से चारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न IMSC							
		IMSC						
			2	* 1701				
	25	magary - C	E) 81 C	S +10L	Total Co.			
		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for SAME POURS	POSE" from OTHER SOU	IRCES			
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के हेतू कोई NAME of OTHER SO	अन्य सहायता ।कसा		MY OF ARRISTANCE BEING AVAILED			
Sr. No. ऋम् संस्था		NAME ज () रामध्य कर न अन्य स्वीत कर न	IH		सी गई सहायत चर्मा			
1-	SU	F13						

DECLARATION by APPLICANT: अर्फर्स द्वारा गोगमा पत्र:

 I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application 8, ongoing assistance 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 assists
was requested by me.

I hereby confirm that I have not 6 will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amofor which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषना करता है कि इस प्रारूप में रिये गये सभी निवाल मेरी जानकारी के अनुसार साथ पूर्व साथ है। परि कोई बिकाल पूर्व करान आसाप पाया जाता है तो मेरी सहापता निरस्त की का सकती है।
- 2) में इस वो सहस्ता यहि "बॉहिका फाउन्टेशन", से तो वा को है, उतका उपयोग इसी उद्देश की पूर्व के लिये किया कार्यफ, को इस प्रकार में भग गया है।
- मैं पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, वन दाहि का अधिक या सकत हिस्सा कियों अन्य खोद्रविशोगक/कीना कम्पनी से न तो तिया है और न ही चित्रका में तुँचा।

AGREEMENT by APPLICANT (STRICE IN 1800)

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/schievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fuffilment 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 पर अपने इस्ताबर पर ऑपडे की बाप लगाकर, में (आगेरक) अपनी सकपति की पुष्टि करात्र हूँ एवं "कोशिका फाउडेशन और उसके प्रशासित " को अधिकृत करात हूँ कि मेरा सम, पत्र, फोटो और वो विवरण इस प्रथम में मेरिका है, उसे "कोशिका" एवन् न्यायी, यान, वाकान्य पूसरे इन्हेंदन से मुद्री मितिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमार माध्यम में प्रमारित करने के लिए ऑपिक्ट है। मेरे प्रथम का विवरण में प्रसाद करने के लिए ऑपिक्ट है।

2) मैं (आगेशक) इस बात से सहमत हैं कि मेर यम, पत, पोटों और विवास जो कि सहस्यत के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का ककदार नहीं पनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांशयों का निर्मय जीत वास्पकारी शोषा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताधर या बांपूर्त का निवास

-1-9m/

AGREEMENT by HOSPITAL (ERRENT DR WOR)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्तावरी की ओर से पामलेजीयों को "बोर्विका काउन्नेशन" से पितिब सरायता हेतु सिकारिश **की कार्त है, जिसे** हम (इस्ताता) निम्न प्रकार से धान क स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न से कांचान और न में भरित्य में कितिय समया किसी में स्थानकी गोल्यान का किसी अन्य इसेट से उन्ता ऐसी/पायले में लेंगे वा ले से है, जैसे कि इसने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिकारिक/विनटि उन्ता के सन्वय में "कॉशिका पाउन्डेशन" हार परंद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" हार समयात विनटि ऑशिकामां हेतु पन्तुर जो किया बात है से अम्प्रधाल किसी अन्य में कांकी अन्य सामायात में सामाया लेने या अधिकार सुर्धिय रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट क्या जाता है कि अस्प्रधाल दिलीय पाद उन्ता लेने या अधिकार सुर्धिय रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट क्या जाता है कि अस्प्रधाल दिलीय पाद उन्ता लेने पासाय स्थान में सामाया से स्थान मां किसी अन्य सामाय से लेश अन्य सम्बन्ध में नहीं शेलालोपी।
- 2. "कोशका फाउन्देशन" से की गई सतापात कोगत थितिय प्रकृति भी हैं। रंगी पर डरपकात द्वारा की गई सताह या किये गये उपचारप्रक्रिया का मुनाय रंगी एवं इस्काल में हैं। इस्तियं इस्माल में रंगी के इतान सुप्ता और अने आने भी तारी कियोगी प्रेसी मूर्व इस्पताल में रंगी के इतान सुप्ता और अने आने भी तारी कियोगी प्रेसी मूर्व इस्पताल में रंगी के इतान सुप्ता और अने आने भी तारी कियोगी प्रेसी मूर्व इस्पताल में रंगी की इतान सुप्ता और अने आने भी तारी कियोगी इस नामलें में नहीं होगी।

Dr. ABHISHEK HANDAश्वीवृती के लिए संस्तु			1/	BHA	Administrator	le s			
Date of Surgery ऑपरेशन की करिख ।।[OY 19	MCI No09-35572 Sign(Name of Dr. & Regn. No. with द्वाकर का नाम व हस्ताकर व ची	Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Actificities Signatory on behalf of Hospital) ক্ৰম ব সং হদস্যাল অধিকাৰ্য						
	FOR INTERNAL USE of	KOSHIKA FOUNDATION সানা	कि उपयोग हेतू						
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्टाइन 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी शतकार 2						
	Sufungel	,	licht	3	_				