APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)



सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(नवस्थय देखमाल)		OShika	
APPLICATION No.: K/0819/1026			APPLICATION DATE : आयेदन तिथी	TAY CO.	Build	ding block of Life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	SHREE	MATI SARDAS	AGE-YEARS 189	-यर्व SEX लिंग			
FATHER'S/SPOUSE'S N PURPOSENT OF THE	ARE: AR	IUN SARDAR			1		
SAMNEKHAL TARAGE	I MARA	PRESENT RESIDENCE ADDRE	\$5 वर्तमान आवासीय पत	NASS: 2	T	104	
	Р	ERMANENT RESIDENCE ADORE					
		- AS ABOVE					
OCCUPATION : L ABOURER TOTAL ANNUAL INCOME : R.5 1600 x 12 = 19200 + (Sittle of the content o						(অধিবারির)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्पाई खाता संक		00 X 12 = 1320	0+	(आय का साक्य	र्मलग्न)		
ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yee / N ठ हा / नही				
			AMILY DETAILS परिवार !	The second secon			
Sr. No.	Na ref	me of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) टब्र (वर्ष)	Gender filin	Relation with Applicant आहेदन के साथ सम्बद्ध		
314 HOW	SHREEK	ATI SARDAR	44	F		SELF	
2.	ARSOUT	SARDAR	51	n	H#SEAN.	Ь	
18-9							
	_		-				
	-						
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के रिश्वे विका	SSISTANCE (Tick whichev	ver is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसम्य करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाग यह (प्रमाग यह की साम प्रति संतान ।	(Atta	Ration Card (Attach Copy) उपभोकता कार्ड (प्रस्ता पत्र की साथ प्रति संस्तान करे।		Any Other Basis/Proof य कोई साह्य	
			r REQUESTING ASSISTAL किये गये विनती का उद्देश				
Sr. No. क्रम संक्रम							
T.	DIAGNOSIS - CATAPACT - LE						
-							
A COMPARING TERRITORIA							
2. SURGERY - LE (STCS + TOL)							
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्दरम के हेतू कोई अ	for SAME "PURPOSE" for न्य सहस्यता किसी अन्य स्थो	om OTHER SOURCE त से शिया गया हो?	5		
Sr. No. NAME of OTHER SOUL क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का चय		CE AMOUNT of ASSISTANC		ASSISTANCE BE सी गई महापता रा			

DECLARATION by APPLICANT: अपनेएक द्वार पोपना 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 & ongoing assistance, if any, table 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 चोबना करता है कि इस प्रक्रम में रिये गये सभी विवास मेरी जानकारी के अनुसार साम एवं गारी है। गरि कोई विवास एवं कथन जसान भागा जात है तो मेरी सवामत निरात की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार को सहाबक्ष रहें। "कोशिका फाउन्केशन", से ली का जी है, उसका अपनेप उसी उदेश्य की चूर्त के लिये किया नायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि दिया ब्रहाणत हेतु यह प्रार्थना की पई है, उस ग्रांस का कारिक या सकत दिस्ता किसी अन्य प्रोटनियोजक पीया कम्मनी से न तो लिया है और न ही पविषय में स्ट्रैंका

AGREEMENT by APPLICANT (SDOTE DID WOR)

- 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, efectronic, 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 & distails of the "purpose", for which such assistance is required 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 का अंगते की काप समाकर, मैं (अर्थप्तक) अपनी क्षत्रमी की पुष्टि करण हैं एवं "कॉशिका फाउँदेशन और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करण हैं कि मेरा क्षत्र, फोउं और को विवास इस प्रत्य में मीचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, कान, वायकाय हुआं उद्देश्य में जुडी गरिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार साध्यम में प्रतिकृत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) वै (अव्येषक) इस कर से सहसत है कि मेर जान, चता, फोटो और किवल को कि सहायत के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायत का हकदार जो करात: इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके नामियों का निर्णय अठिम और वास्पकार्थ होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (THURS BY WOR)

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 essistance 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

इसरे अधिकृत, इस्तकारी की और से मामारेपीयों को "कॉरिका पानकोरान" से विविध सहापता हेंदू िकजीत की जाती हैं, जिसे इस (इस्पायत) किन प्रकार से मान्य म स्वीकार करते हैं।

1) यह कि व तो मांचान और व ही पविष्य में विविध सहापता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उत्तर रोगी-प्रमाल में तेने या से रहे हैं, जैसे कि इसने "कॉरिका पाउन्देशन" से सिफारिका/किसी उन्तर के सम्माय में "कॉरिका पाउन्देशन" इस मान्य में "कॉरिका पाउन्देशन" इस मान्य में पातिका पाउन्देशन इस मान्य में किसी अन्य सानाधन से सामार से का अधिकार सुर्धित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा बाता है कि अध्यातन दिल्ली मान्य समार से नहीं लेगा सोना सेने का अधिकार सुर्धित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं का है कि अध्यातन दिल्ली मान्य से नहीं लेगा सोना सेने का अधिकार सुर्धित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं का किसी अन्य सामार से नहीं लेगा लोगा।

2. "क्षेतिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केयल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इस्पालल झाए थे गई सलाह पा किये गये उपकारप्रक्रिया का पुराव ऐसी एवं इस्पालल के बीच का विषय है और "क्षेतिका फाउन्डेशन" झाए किसी प्रकार का कोई रबाव नहीं है। इसलिये इस्पालल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्मेदाएँ ऐसी एवं इस्पालल की होती और "क्षेतिका" की कोई पूरिका पा किम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

The Description .	[2] 2의 [2] (1) 전 [2] (1) 전 [2] (2] (2] (2] (2] (2] (2] (2] (2] (2] (Ship Sankar Banghi			
	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के शिए सं	CEPTENCE			
Date of Surgery ऑसेंडन की वरीख	Reg. No0 2/2 Sustrat (Name of the & Reight No. with Staimp) areat an are a states a title a	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নম ৰ ঘৰ ভ্ৰমন্ত্ৰল অধিকাট			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	ATION ञानरिक उपयोग हेत्			
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 -Quil secure 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तावर 2			
(Sofungel	lite_			

in the matter.