АР		ORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप		thcare) । देखमाल)	Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A109	19/0541	APPLICATION DATE	9 19	Building block of life
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम		Niwas	AGE-YEARS	नायु-वर्ष SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्प का नाम	'S NAME :	shap lal			
Villago	- Pour	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आधारोग प Rox 30	7.7	Preop Postop
D154	A THAT ST	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	२९९) २ ः स्थाई आवासीय पत		Preop. Par Nivas
OCCUPATION :	1 mg 200	as above		1 -	
TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of					() / UNMARRIED (schmiller)
PAN No. स्थाई खाता	संख्या 🐧	Α		(आय का साक्ष्य ह	ina) NA
ARE YOU AN INCOM क्या उदय आग कर राह	E TAX ASSESSEE प्र है (जो मान्य हो र	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes/Ny 81 / ⊃	net .	
Sr. No.			MILY DETAILS परिवा		
अ.स. संख्या	प	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का ग्राम	Age (Years) उम्र (सर्प)	Gender ਦਿੱਧ	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
0	P	gw <b>a</b> m	32_	M	Son
		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विवर्ति व	STANCE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खरा प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्प आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम्य प्रति संसान करे।	(At	stion Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । জন্ম মতি মলৈন কাঁ।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
			EQUESTING ASSIST ये गये विनती का उद्वे		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुधी संलग्न				
0	Diagno	Diagnosis -> RE - Imsc			
			LE-	Imsc	
(2)	Swary -> RE - SICS + TOL				
	-0				
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य			
Sr. No. अस्य संख्या	NAME of OTHER SOUR		AMOUNT of ASSIS		ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहापता धरी
	120	EH			
	811				

## DECLARATION by APPLICANT: अस्टेरक द्वारा पाँपण 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, 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 8 will not in future, evail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- में घोडला करता है कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। वरि कोई विकास एवं कथन असल्य कथा कात है तो मेरी व्यवस्था की जा मजता है।
- 2) भी द्वारा जो सहायता राति "कोतिका पाराचोरान", से ली जा रही हैं, उसका रूपयोग उसी रहेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में परा गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस सहस्था हैत वह प्रार्थन की वर्ष है, उस रहित का अहितक या सकल दिवसा किसी अन्य खेलियोंका/बीच कम्पनी से व ले लिया है और व ही पविष्य में लेगा.

## AGREEMENT by APPLICANT (STORE DIT WIT)

- 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/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 पर अपने इस्ताक्षा या अंगते की छाप लगकर, में (अपनेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उसके व्यासीसी " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, कता, कोटो और जो विवरण इस प्रथम में पोधिन हैं, उसे "कोतिका" एवम् न्यासी, एतः, सावनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के तिरये किसी भी प्रसार साध्याम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्वयत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसर्थ का दिगंध ऑट बाल्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्टब्स या अंगूठे का निरान

214/001x 2141

## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाल क्रूस करा)

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:

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, इस्तक्षण की ओर से मामले-एंगी को "कॉरिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिकारिश की कारी है, किसे इम (इस्प्ताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

() यह कि न से वर्तनान और न हो पविध्य में विशिध सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्वेत से उक्त एंगी/मामले में लेंगे का ले रहे है, जैसे कि इमने "कॉरिका फाउन्डेशन" में सिकारिस-प्रियोगित उका के सन्याद में "कॉरिका फाउन्डेशन" हात मदद हेतु कि है। यदि "कॉरिका फाउन्डेशन" हात सहायता विनात अधिका-सकल हेतु मन्तुद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था का किसी अन्य सन्यादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्माप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था का किसी अन्य साधन से नहीं लेन्द्र-लंगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेंशन" में ली गई सहायल कंवल वितिय प्रकृति की हैं। ग्रेपी पर इस्पताल द्वारा दी गई सल्वह या किये गये उपकारप्रक्रिया का जुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकाव नहीं है। इस्पताल में रोगी के इलाब मुख्या और आने को की सारी किस्पेदारी रोगी एवं इस्पताल की डोगी और "कॉशिका" की लोई पृथिका या विस्मेदारी देश मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR ACC स्वीकृती के लिए सं			
Date of Surgery अपरेशन को तरिख	(Name of Dr. & Regn. No. with Starte) 84 डाक्टर कर चर्म व इस्टब्स की ग्रेटर ने	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ভূম ৰ প্ৰভাগনাল অধিকৃত অধিকাৰী		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	ATION अन्तरिक वेपयेन हेत्		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
8	fugel	lite_		