-			C19 09	053
सहायता	FORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप	(Healti (स्वास्थ्य	icare) देखभारत)	Koshika
APPLICATION No.: VIDIO	0621	APPLICATION DATE	ellegle	Building black of INe.
MAME OF APPLICANT: HOTER HE HE HE	lu	AGE-YEARS ST	यु-चर्च । इस्स लिय	Core Con unity Con Con unity Con Con unity Con
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिरा/जनुम्य का नाम	Vihaci	1 10	- 1-114	SCA CO.
Viii	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पत		
Dista -	Mathurg UP	281502		Preof Postop
	Same as a	above.		(0621) Holy
DOCCUPATION: UNC	mployed		MARRIED (Reils	I I) / UNIMARRIED (WRITING)
भुल व्यक्ति आव Nf			(Attach Proof of (आव का साहव	historia) <i>NP</i>
'AN No. स्पार्ड खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो	(Tick whichever is applicable): इस पर सड़ी का निशान लगाये।	Yes/No 81 / 18		
Sr. No. N	FAS	MLY DETAILS परिवार	The second secon	
	ame of Family Momber रियत के सदस्यों का गाम	Age (Years) सह (यर्व)	Gender लिन	Relation with Applicant आवेष्ठ के साथ सम्बद्ध
	BASIS for REQUESTING ASSII सहायतः खे तिये थिनाि व	BTANCE (Tlok whiche मानार	ver is applicable)	
BPL Card (Altach Card Copy) गरीको रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण नत्र की छाटा ग्रीते संस्थन करें।	EWS Certificate (Altach Certificate Copy) मारच अब कॉ ग्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी कथा प्रति संसाम करे।	(Afte	ion Card ich Copy) क्ला कार्ड क्ला अधि संसम्ब करें।	Any Other Basis/Proof সাব কাই মাহন
		EQUESTING ASSISTA ये गये किन्तो का उददेश		
Sr. No. कम संख्य	Modical Reports/Prescriptions Attached अस्पारत/कॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न			
	RE - TINSC			
	LE - IMSC			
	suзідену - (RE)	SICI+I	) L	
	ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE" for	om OTHER SOURCE	
Sr. No.	इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य र NAME of OTHER SOURCE	तहायता किसी अन्य स्त्रो	त से लिया गया हो?	ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	अन्य स्थीत का नम	NOTE:		ली गर्ड सहायता ग्रंगी

## DECLARATION by APPLICANT: अलंगक द्वारा पोषण 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avait of relimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं भोषण करता हूँ कि इस अरूप में दिये तमें सभी विवास मेरी वानकारी के रानुसार सस्य एवं सती है। यदि कोई विवास एवं कथर असरप चवा बात है तो मेरी स्टामत निस्त की क सकती है।
- 2) भी द्वार को सहस्वता रहिं। "सर्वेशका पात्रकंशन", से ली 💷 रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य को पूर्व से लिये किया वार्येगा, में इस प्रारूप में मरा गया है।
- मैं पुल्ट करता है कि जिस सहस्ता हेतु वह प्रार्थन की नई है, उस गृति का अधिक ज सकत हिस्स किया अल्य स्रोत/नियोजक वीमा कप्पने से न तो लिया है और न ही धनिया में लेंगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (अवस्य कृत करार)

- 1) By affixing my signature or thumb Impression on this Form. I (Applicant) hereby agree & authoriae Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-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 densitions 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 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.
- () इस प्रथम पर अपने इस्ताबर या बांगडे को बाप लायालर, में (अव्येषक) अपनी प्रवासित को पुष्टि करता हूँ एवं "क्रोतिकर फाउंडराए और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि देश गाम, पता, फोटो और वो विवास इस प्रथम में बोधित है, उसे "क्रोतिकर" एवम् न्यासी, दान, मानना/पा पुरुषे उन्तरेषण से जुड़ो गतियोगियों ओर उपलिश्यों को लिये किसी को प्रसार वाष्ट्रया में जातित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवास में पहले का पहले में कारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अववैदक) इस बात से सहयत हैं कि मेरा नाग, पता, फोटो और विवाश जो कि सहयता को उद्देश्यों से प्रचित है मुझे स्थत: सहदता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का विशेष आहिम और साम्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अवेदक के इस्तक्षर या अंगते का विराम



## AGREEMENT by HOSPITAL (TURNS BIT 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 shall 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 assentially 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 authorize & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इनारे अधिकृत, इलाखरी की ओर से मामले ग्रेगी को "कांशिका फाउन्हेंतन" से बितिय महायदा हेतू सिकारित की आती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से चन्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तवान और न ही प्रतिक्ष में वितिय महायदा जिसी कैर स्थाकरी संस्थान का किसी जन्य प्रति से उक्त ग्रेगी-मन्तरों में लेंगे वा ले रहे हैं, कैसे कि इमने "कोंतिका फाउन्हेंशन" के सिकारिश बिनीत जनत के साव्यम में "कोंशिका फाउन्हेंशन" इस कह हैता कि के स्थानल किसी अन्य गैर साकारी संस्था वा किसी अन्य सन्सायन से सहस्था लेंगे का अधिकार सुर्यक्षा राजवा है। इस गुन्दि में स्पन्द कक्षा बात है कि सारवाल दितीय स्पन्द वक्त ग्रंगी-मामले हेतु किसी के साव्यम से किसी सम्पन्त से सोने साथ साथ से किसी से साव्यम से नहीं सेन्य साथन से नहीं लेगानी।

3. "कॉशिका जाउन्टेरन" से ती वर्ष सवायता फंक्स वितिय प्रकृति को है। तेनी पर इस्त्वास द्वारा दी नई सलाह या किये नवे उपचरप्रिक्ष का जुनन होगी एवं इस्प्राप्त के बीच का विषय है और "कंटिका फाउन्टेरन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशन की है। इसिन्दे इस्प्यास में रोगों के इस्तव मुख्य और आने अने की खरी किसीक्षित है। इसिन्दे इस्प्यास में रोगों के इस्तव मुख्य और आने अने की खरी किसीक्षित है। इसिन्दे इस्प्यास में रोगों के इस्तव मुख्य और आने अने की खरी किसीक्ष है। इसिन्दे इस्प्यास में रोगों के इस्तव मुख्य और आने को खरी है। इसिन्दे इसि

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery अपिरेशन को तारीख MCI No. -58417

(Warne of Dr. & Regn. No. with Stamp) हावटर का नाम व हास्तव्यर व रहित में (Name, Designation & Stamp <del>et Authorised Sign</del>atory on behalf of Hospital) নাম ল মহ জন্মজন অফিন্ট অফিকাট

Distr. Adds

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेव्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याची हस्तापुर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याची हस्तक्षर 2

lit

Seferent