DECLARATION by APPLICANT: आवेदण द्वार घोषणा 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 & 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 योभमा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवाद मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकाद एवं कथन असस्य पाय काल है तो मेरी सहापता निस्ता की या सजता है।
- 2) में द्वारा को सहामत गरेंग "स्वीतिका कार-नेरान", से ली जा रही है, उसका उपयोग तभी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में घर राष्ट्र है।
- 3) मैं पुण्ट कला है कि जिल लहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस रशि का अधिक वा सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोद/निश्चेत्रक/बीम कम्पनी से न ले लिया है और न ही प्रविध्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (anico and war)

- f) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/puf-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 & dotails 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताबर या अंगर्ड की बाद समाकर, में (आवंदक) अपनी स्वापित की पृष्टि करता हैं एवं "क्षांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आंध्युत करता हैं कि सेग्र नाम, वर्ता, फोटी और वो विकास इस प्रयत्न में घोषत हैं, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, दान, पायनाध्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी मिलिशियों और उपलिख्यों के लिये किसी की प्रसार पायनम् से प्रसारित करने के लिए अध्यक्त है। मेरे प्रयत्न का विकास मेरे प्रताल को पहले पर बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंगन" क न्यासी अध्यक्त है।
- 2) मैं (आनेवक) इस बात में महमत हूँ कि मंत्र नाय, पता, फॉर्स और विवरण जो कि महायत के उद्देश्यों से छार्थत है मुझे स्वव: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉरिका" एवम उसके प्यासियों का निगंध ऑतम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेशक को इस्ताधर या आंगूटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (seeing sin witt)

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 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

हमारे अधिकृत, इस्ताकरी की ओर से मान्योगीयों को "कोशिका फाउन्हेशन" से जितिय सहायता हेंद्र सिकारिश की आती है, जिसे हम (इस्प्यास) निम्न प्रकार से सान्य व स्वीकार काते हैं।
1) यह कि न वो कोमान और न ही मिक्स में किंदिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान वा किसी अन्य स्वीत से उस्ता रोगी,पामसे में सेंगे का से हैं है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिकारिश/विनित उस्ता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्हेशन" इस सहायता विनित ऑशिकाशकर हेतू मन्द्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था पा किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पूष्टि में स्मर्थ कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय महर उस्त रोगी,पामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था पा किसी अन्य साथन से नहीं लेगालोगी।

2. "कोरिका फाउन्डेशन" से ली गई महापत केवल विशिष प्रकृति को है। होगी पर हस्पताल झरा हो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव होगी एवं हस्पताल

के बीच का विश्य है और "कोशिका फाउन्हेशन" हाए किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पाल में ऐगी के इलाज सुरक्षा और आने को की मारी किम्मेदारी ग्रेगी एवं इस्पताल की डोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिस्मेशरी इस मामले में उसी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery E RAMUL GUPTA ऑपरिशन की तारीख (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital Alwar डाक्टर का गम च इस्साक्ष व रिक्र मि जम जो पर इस्पताल अधिकृत अधिकारो FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक ठपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यसी इस्ताशः । न्यामी इम्हाक्षर 2

Sr. No.

क्रम संख्य

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल) foundation सहायता हेत् आवेदन प्रारूप Building block of life, APPLICATION DATE: 5/1//9 APPLICATION No. : 0565 1119 आवेदन विधी अस्वेदन संख्या : SEX felg AGE-YEARS SIT- TO Chhagani NAME of APPLICANT : 51 आवेदक का नाम FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Rown Singh पिता/करुम्म का नाम Teh. Radjarh Postop Barer Preop VIII PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : PHE MENTING NO Alwar oses chhagani Dist 08 above MARRIED (Regist) / UNMARRIED (Menistr) House maker OCCUPATION : (Attach Proof of Income) MA स्यवस्य (आप का साध्य संलग्न) TOTAL ANNUAL INCOME: 60,000 कुल कर्षिक आव MA PAN No. रुवाई खासा संख्या Yes / No हां / भ्लो ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर शता है (जो मान्य हो उस पर सड़ी का निशान लगाये) FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Gender Age (Years) आवेदक के साथ सम्बच Name of Family Member परिवार के सहस्यों का नाम शिंग Sr. No. तम (वर्ष) क्रम संख्या BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार Any Other Basis/Proof Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** BPL Card (Attach Certificate Copy) (Attach Card Copy) तपभोक्त कार्ड अन्य कोई साक्ष्य अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रयान पत्र की क्रांक प्रति संतान करे। गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साया प्रति संतरण करे। (प्रमाग पत्र की स्था प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जरी की गई प्रतिवेदन सूची संसन्त Sr. No. क्रम संख्या viagnos ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस तद्देश्य के हेतू कोई अन्य समायता किसी अन्य स्वीत से लिया एया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्वीत का नाम

ली गर्व सहायता गरी