APP	LICATION F	ORM FOR ASSISTANCE	(Health	care)	Volailes	
7	सहायता हे	तू आवेदन प्रारूप	(स्वास्थय	देखमाल)	Koshika	
APPLICATION No. : सावेदन संख्या :	Alm	9/06/8	APPLICATION DATE ; आगोदन शिथी	14/11/19	Building block of INe.	
NAME of APPLICANT सर्वेदक का नाम	Section 1	Chand	AGE-YEARS ST	यु-वर्ष SEX लिंग M		
ATHER S/SPOUSE : स्ता/कटुम्म का नाम	NAME:	Mitthan Lau PRESENT RESIDENCE ADDRESS				
Station	n Roas	Meda Kharu	यतमान आवासाय पता 70 h	1cua Khera	a 17 (Gr.) be 31 (Gr.)	
0/34.	Ally	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	8 f han		Preop Posto	
		as a	bove		0618 Tara chan	
DECUPATION: COYMAX MARRIED (विवाह					V UNMARRIED (GRAITER)	
OTAL ANNUAL INCO टूल वार्षिक आय	ME: 50	(000)-		(Attach Proof of ir (आप का साह्य स	neome) MA	
AN No. स्थाई खाता र RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	Yes / No			
या आप आय कर दात	ड (बामान्य हाट	स पर सही का निशान लगाये। FAI	हाँ / नह MLY DETAILS परिचार	La martina de la		
Sr. No. क्रम संख्या	Na Ti	me of Family Member रेखर के सदस्यों का नाम	Age (Years) तम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
-						
		BASIS for REQUESTING ASS	STANCE (Tick which	ever is applicable)		
		सहायता के लिये विनति	आधार		r	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के भीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाण प्रति संशान करें।		EWS Certificate (Attach Cartifloate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाग पत्र (प्रमाग पर की छावा प्रति संतन करें	(Att	tion Card ach Copy) गेक्ता कार्ड सम्य प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
			EQUESTING ASSISTA तये गये विनती का ठड्डे		\	
Sr. No. ক্লম মন্তব্য		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/वॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलगन				
	Diagnosis RE- IMEZ					
			LE-	MSC		
			- June -			
	15479	cry	KE-1	5168 FR	Dr.	
	1 2					
		ASSISTANCE BEING AVAILED to				
Sr. No.		ASSISTANCE BEING AVAILED to इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य NAME of OTHER SOURCE	सहायता किसी अन्य स्व	रेत से लिया गया हो?	S ASSISTANCE BEING AVAILED	

+

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) 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, 211 advantages are statement will render my Application & ongoing assistance, if any, 211 advantages are statement will render my Application & ongoing assistance, if any, 211 advantages are statement will render my Application & ongoing assistance.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koehika 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 जंबमा करत हैं कि इस प्रक्रम से दिये गये सभी किवान मेरी अनकारी के अनुसार सत्य एवं नाही है। विदे कोई विवास एवं काम अस्यय पाम करता है से मेरी सहादता जिल्ला की जा मजता है। 2) मेरे द्वारा जो सहाबता सति "कोशिका कार-बंधन", में शी जा रही है, उसका रुपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के शियं किया अमेगा, को इस प्रक्रम में परा गया है।
- मैं पुष्ति करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस तिथ का अधिताय पा सकता किस्स किसी अन्य प्रोद्धानियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न डी पविष्य में श्रीपा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
- () इस प्रथम पर अपने हरताशा का अंगते की साथ लगाकर, मैं (आवेशक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ इवं "कोलिका प्रखंडेशन और उसके व्यासीयों " को अधिशृत करता हूँ कि मेरा जान, पाट, पाटे और वो विवरण इस प्रथम में पांधिक है, असे "कोशिका" एवम् व्यासी, एन, पाचकाय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी निर्मिष्टियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए आधिशृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इलाव के खाले या बार में कारने के लिए "बंशिका फाउड़ेंसन" व व्यासी अधिगृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बत से महम्ल हूँ कि येग नम, पता, फोर्ट और विव्यय जो कि महायक के उन्हेंक्स से प्रधित है मुझे स्वतः सहायत का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांशिका" एक्स तमके जामियों का निर्णय औतम और व्यवस्थानी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION अलेरक के वस्तावर ये आहे का निज्ञान



AGREEMENT by HOSPITAL (SPISS DO 1003)

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 eval 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 enother 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/reserved as a form of the financial in nature.

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 in the matter.
In the matter.

इनारे अधिकृत, इस्तब्यों को ओर से मामलेयोगी को "कोशिका पाउन्हेंशन" से विदिध सहायता हेतु सिकारित को सती हैं, विसे इम (इस्पताल) निम्म इकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न से वर्तमान और न ही श्रीवध में विदिध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीव से उका रोगी/मामले में सीने या से रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका काउन्हेंसन" से सिफारिश/विनीत उका के सामय में "कोशिका फाउन्हेंसन" हाए मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्हेंसन" हाए महायत विनिध सामा के तो अस्थात किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वयुट कहा जाता है कि अस्थाता हितीय यदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगालगी।

2. "कॉरिका फाउन्हेंशन" से ली गई सहापत कंचल विवित प्रवृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलत वा किये गये उपचरप्रक्रिय का युग्तन रोगी एलं हस्पताल के बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्हेंगल" हारा फिकी प्रकार का कोई दक्क नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्त और आने कमें की सारी जिम्मेदाएँ रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेदाएँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑस्ट्रेशन को सरीख DI. RAHUL SUPTA (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) ड्रीकेटर का तास व इस्ताबर व रहि द नाम न उद्दे हरपताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हरलाचर । न्यामी हलाबर 2