APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थय देखगाल)			Koshika	
APPLICATION No.:	M/0423	5/0013	APPLICATION D आवेदन तिथी 🗥	TIN O	125	9,34	Name and Address of the Owner, where the Owner, which the	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Shareed			AGE-YEAR	s अधु-वर्ग 5	SEX fein	13	100	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDR	nd Ali			Mary District #	WAT SUMPEER	
Bhoa ta		Bhulan	ित्रम् । १९८५ - ३ १९८५ - ३	2 S O Vell	2		POSTOP	
OCCUPATION :	fac	uner		Q.W.	ARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आप	So 10			(A	ittach Proof of i आय का साक्य र	ncome) लग्न)		
PAN No. रखाई खाता स ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE	lick whichever is applicable): । पर मही का निर्ञान लगाये।		s / No / नहीं			W.	
Sr. No.				FAMILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender			Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)		सिंग	आवेदक के साथ सम्बध		
				1	RD			
			-					
		BASIS for REQUESTING A	ASSISTANCE (Tick v	hichever is	applicable)	4		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण (प्रमाण पत्र की समा प्रति संलग्न करे।				Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतान करे।		Any Other Basis:Proof अन्य कोई सास्य		
			or REQUESTING AS १ किये गये विनती क					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संख्यान							
	at serili catoriaci							
	Amarin ME SIG With Prima 18M camb							
	Juga	J 40 00		411		, ,,,,,	7	
	V 7 1	ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PURPO	SE" from O	THER SOURCE	5	7.5	
इस उद्देश्य को हेतू कोई Sr. No. NAME of OTHER SO						ASSISTANCE BEI		
क्रम संख्या			1000 K					

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा योषणा 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 चोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। मेरि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाय जाता है जो मेरी सहायता निस्स्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महाबाद राति "कोशिका फाउन्हेंशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्ट करता है कि निस सहायता हेतु यह प्रार्थना की यह है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोट/नियोक्क/बीमा कथ्यनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लुँग।

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.
- 1) इस प्रया पर अपने इस्ताक्षर पा अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सामित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका करवंडेसन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चाम, पता, पतेरों और जो विवरण इस प्रया में घोषित है, उसे "कोशिका" एक्म् न्यासी, राज, याधना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्यय में प्रमारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रया का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि स्त्रापता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता को हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्षोंशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या आंगूते का निशान

Holps To

AGREEMENT by HOSPITAL (EFFICIENT STO WITE)

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 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 outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्हेंशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, विसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्थोत से ठका रोगी/प्यायले में लेंगे था ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा भरद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनित्त आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थाट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर तस्मताल द्वार दी गई सलात या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं तस्मताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षाव नहीं है। इसलिये तस्मताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी विम्पेदारी रोगी एवं तस्मताल को होगी और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	Dr. Juhi Panwer				
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख	M.BOB S., M.S UPM ट. 115579 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. न.	Hospital Standava Mohammadi-Kheri (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) वाम व मह हस्यताल अधिकृत अधिकारी			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतू			
SIG	NATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तासर 2			
8	refunge	lier E			