API	सहायता हे	ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप		hcare) देखभाल)	Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन मंखपा :	M 042	5/0021	APPLICATION DATE	04/25	sulding 60		
NAME of APPLICAN	T:		AGE-YEARS	स्य-वर्ष / SEX लिंग			
आवेदक का नाम	Mic	borilal	66	M			
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्प का नाम	S NAME :		100		STANGER		
Devas		THUON PRESENT RESIDENCE ADDRESS	S वर्तमान आवासीय पर	я	PASTE PHOTO HERE		
Defici	100		Louisal				
		TAT PROJES	h - 26150	6	Bucop Postop		
		uno of	0004		Day (spis)		
OCCUPATION:	-						
TOTAL ANNUAL INC	-tar	men			) / UNMARRIED (अविवाहित)		
मुल वर्षिक अप	40,	0001-		(Attach Proof of Ir (आय का साक्ष्य स	icome)		
PAN No. TARE BERE	संख्या (	Tick whichever is applicable):	V 10				
क्या आप आय कर दात	। है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	Yes / N हाँ / न	ही			
Sr. No.	-	me of Family Member	AMILY DETAILS परिवास Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant		
क्रम संख्या	प्र	वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध		
	-						
		0 ° 11					
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये पिनरि	SISTANCE (Tick which	never is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्थन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थाप प्रति संतर्गन व	IA) PE	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । सम्बाधित संसन्त करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
			REQUESTING ASSIST किये गये बिनती का उद्				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर में आरी को गई प्रतिबंदन सूची संत्रक्							
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संस्कृ					
	10,000		Cotornact				
			- K(€	senu			
		Jungery Rie Sics with Phone leas comp					
-	Hunge	ed we si	tens count				
	0	U	Tenes				
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतृ कोई अ	for SAME "PURPOSE" न्य सहायता किसी अन्य र	from OTHER SOURCE खोत से लिया गया हो?	5		
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR	AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी			
क्रम संख्या		अन्य स्वोत का ग्राम	5	200			
				(			

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा 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) मैं धोषणा काता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। परि कोई विवरण एवं कथन असरय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महरवता रागि "कोशिका फाउन्द्रेशन", से सी जा रही हैं, उसका उपयोग उसी इर्देश्य की पूर्वि के सिसे किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस स्वापता हेतु का प्रार्थन की गई है, उस राशि का ओशिक या सकल बिस्सा किसी अन्य स्नेतरियोजकाबीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (SINKE BILL WITE)

- 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 प्रयत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगडे की छाथ लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सतमाति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नान, पता, फोटो और जो विवास इस प्रथत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी मतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अजंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम असके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होना

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तावर या अंगुरे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (STATES AND METER)

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 in the matter.
- हमारे ऑफकृत, हरताकरी की ओर से सामकेरोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिष सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हरगातात) विस्त प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पश्चिम में वितिय महायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामले में लेने वा ले रहे है, बैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेरान" हो सिका प्राउन्डेरान" होता सहायता विनित्त आंशिक/सकल हेतू मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्त्रपत लेने का अधिकार सुर्राधा रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉशिका फाउन्टेशन" में लो गई सहस्थत केवल वितिय प्रकृति को है। येगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव येगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा किमी प्रकार का कोई रवाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में येगी के इलाव सुरक्षा और आरे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	Dr. Juhi Pan अपद्धा के	FOR ACCEPTENCE Administrator Fire Herifu		
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख	UPM के 115579 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. र	Hosp to Standaya Michael Madi-Khori (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हमस्ताल अध्यक्त अध्यक्ती		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA	FOUNDATION आन्तरिक उपयोग डेत्		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्त्राक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताधर 2		
5	fungel	eile		