APPI		RM FOR ASSISTANCE	The second secon	hcare)	Koshika
APPLICATION No. :		आवेदन प्रारूप (PPLICATION DATE		foundation Building block of life.
		10009	AGE-YEARS	09/25	
NAME of APPLICANT	-	thun Dowi	56	म् - वर्ष िक्स सिंग -	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME -	OM PMO	kash		SPACE HOUSE AME SANDHVADEN
PUHEN	1 1 1 A	an Beywag	snay	ahanpun	Boof Postop
		MANENT RESIDENCE ADDRESS :	स्थाई आवासीय पंत	e	1 (0)
OCCUPATION:	nam	e malte a	-11-11-11	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM सूस वार्षिक आप	20,	000 1- tari	La	(Attach Proof of I (आय का साध्य र	ncome) विचन)
PAN No. स्थाई खाता संस		k whichever is applicable):			
क्या आप आय कर दाता ।	(अ) मान्य हो उस	प्र सही का निशान लगाये।	Yes / N हां / न		
	,		LY DETAILS परिवा	- Validation	
Sr. No. क्रम संख्या		of Family Member र के सदस्यों का नुम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
(1)		ndeep	35	M	son
			10820		
70-					
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनित अ	TANCE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खमा प्रति संलम्ब करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्च आव वर्ग प्रमाण पत (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करें।	(At	ation Card tach Copy) भोक्डा कार्ड । समा प्रति संसम्प करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		"PURPOSE" for RE सहायता हेतु किर	QUESTING ASSIST गये विनती का उर्		
Sr. No.	TAN .		ical Reports/Presc		
क्रम संख्या	A COUNAL	The state of the s	व्यविटर से जारी की	ाई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
	Maynos	Hadvoors Ke sevel cata			nach
	0	N/E	senil) ca	derreit
	1				
	Stinge	MU RIE (12CS	wi.	4 PILL	ig lens cami
	1) ' '			
	L	ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	8
-		इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य र	नहायता किसी अन्य र	Committee of the Commit	ADDICTANCE PERIOD AND TO
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम	0		ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	Di		MACU	200	D - U
				- 1	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

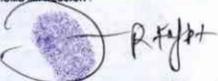
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance
 was requested by me.
- 3) 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 चोषणा करता हूँ कि इस फ्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहावता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायत राति "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेश, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में चोध करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोदानियोककाचीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पीक्य में तूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIPE BEI WERT)

- 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 प्रयत पर अपने इस्तासर या अंगर्ड की छाप लगाकर, मैं (अवंदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फांटो और जो विवरण इस प्रयत्न में सीयत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वापनाश्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (आयेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विचरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉरिंग्का" एवम उसके न्यांस्थों का निर्णय उत्तिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल क्रम करा)

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, हस्तावारी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका काउन्देशन" से वितिय सहायता शेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से बान्य व स्वीकार करते हैं।

1) या कि न तो वर्तमान और न हो चांकण में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उच्छा रोगो/मामले में लेंगे या ले वहें है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्देशन"

से सिफारिश/विनांत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता जिनति ऑशिक-सकल हेतु मन्तुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने वा ऑधकार सुर्राधित रखता है। इस पूष्टि में स्नय कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगो/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से बाती लेगा/लोगी।

2. "कोशिका फाउनोरान" से तो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल इस दी गई सलाह या किये गये उपचारऽक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई रचाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अर्थ जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

De Latin	RECOMMENDED FOR ACCEPTENC स्वीकृती के लिए संस्तुति	Deepak Tripathi Administrator		
	War S न Regn. No. with Stamp) म व हस्तक्षर च रवि. द	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ মং ভদ্যৱাল অধিকৃত্ত অধিকৃত্ত		
FOR IN	TERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	अन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्तावर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
Sufungel		lite		