APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)		Koshika foundation
APPLICATION No.:	M 10425/0031	APPLICATION DATE	19/25	Building b
NAME of APPLICANT : समेदक का जम	Niemla Devi	AGE-YEARS	तप्-वर्ष SEX तिंग	
ATHER'S/SPOUSE'S N	Ranchhar	1016		ANE TO ANALYSIS NEEDS VA
the fow a	PRESENT RESIDENCE ADDRES PRINCE TO THE PROOF PERMANENT RESIDENCE ADDRES	र बर्मीन आवासीय प्र प्राप्तिय मुक्ति प्रविध्य अपित	Habanya	Burp Postop
CCUPATION:	Home maken		MARRIED (FIGURE) / UNMARRIED (अविवाहित)
OTAL ANNUAL INCOM ल वार्षिक आय	E: 30,000/ family		(Attach Proof of i	
AN No. स्थाई खाता संख RE YOU AN INCOME T त आप आय कर दाता है	हम TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / N		
Sr. No.	Name of Family Member	MILY DETAILS परिवा Age (Years)	(विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेरक के माथ सम्बध
- 0	NIE KINE W	90		lon
(3)	Paulindra	29	М	Sorc
	BASIS for REQUESTING ASS	SISTANCE (Tick which	never is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संस्थन करे) (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संस्थन करे)		Ration Card (Affach Copy) उपचेक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		REQUESTING ASSIST		
Sr. No. Medical Reports/Prescrip अस्पताल/बॉक्टर से जारी की हुई।				ayacı
		je schi		dauae+
	1			
-(lingon HE Was	2 With	PNIMA	len camp
-(lingory 4E 1321	2 W/H	PNIMA	ten camp
1	ASSISTANCE BEING AVAILED TO	or SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	
Sr. No. क्रम संख्या	y y ge so	or SAME "PURPOSE" 대 대리막에 하나의 하다	from OTHER SOURCES बोड से लिया गया हो?	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पाँपणा पत्र:

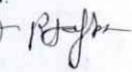
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 बोचना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार रूप एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वार को सहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वायेग्र, जो इस प्राक्रय में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का शांशिक या सकल बिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पांचिव्य में न्हुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SIRE BE WEET)

- 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 प्रत्य पर अपने इस्ताधर या अंगते को काप शायाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ वर्ष "कोशिका फाउंडेसन और उसके न्यासीयों " को अधिवृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वायाना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिवृत है। मेरे प्रयत्न का विवारण मेरे इलाव के पहाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" या न्यासी अधिवृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहस्थता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहस्थता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एथम् उसको व्यक्तियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेरक के हस्तावर या अंगूठे का निर्मात



AGREEMENT by HOSPITAL (ध्रम्याल द्वरा करार)

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 आंधक्ता, इस्ताक्ष्ये को ओर से मामलेशोगों को "कोशिका फाइन्देशन" से वितिष सहायत हेतु सिफारिश की आती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तवान और न ही श्रीवाय में वितिष सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्थान से उपन ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सन्वष्य में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से सहायता लेने का अधिकार मुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "क्रोशिका चाउन्डेशन" से ती गई सहायत केवल वितिय प्रकृति को है। रोगों पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उच्चार/प्रक्रिया का चुनाव रोगों पूर्व हस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्याप गड़ी है। इसलिये हस्पताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और आने वाले की सारी जिम्मेदारी रोगों एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पृथिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Deepak tripathi shi PanWalanan के लिए संस्तुति M.B.B.S.,M.S Dr. Shro **Date of Surgery** M.C. 115579 (Name Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर हरमताल अधिकृत अधिकारी हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यास्य हस्तास्य १