APP		ORM FOR ASSISTANCE त् आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय			Koshika		
APPLICATION No.:	M lou	25/0061	APPLICATION DATE	1125	-			
NAME of APPLICANT	0		AGE-YEARS 30	पुरवर्ष इ	EX firin			
आवेदक का नाम	darl	a Devi	5.5		f. 0			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटम्प का नाम		runna le	al		ME	SHIPPEN		
Baboun	a full	PRESENT RESIDENCE ADDRES	ss वर्तमान आवासीय प्रा		N-	PASTE PHOTO NEAR		
GIRDURI	М			****	1	0 . 0 1 .		
		ERMANENT RESIDENCE ADDRES	१८८८ – २६: इड: स्थाई आधासीय पता	(191		boop Postop		
		runo as	about					
OCCUPATION:				MARK	En (Bailta) / II	INMARPIED (अविवाहित)		
व्यवसाय FOTAL ANNUAL INCO	ARE -	e meter	(Attach Proof of			and the second second		
कुल वार्षिक आय	30,0	roo - family			का सक्य संलग्न)			
PAN No. 17415 TERRI T ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	Tick whichever is applicable):	Yes / No					
भ्या आप आय कर दाता	हे (जो मान्य हो ठ	स पर सही का निशान लगाये।	हाँ / ना AMILY DETAILS परिवार					
Sr. No.	Na Na	me of Family Member	Age (Years)	Gen	ELECTION AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE PAR	Relation with Applicant आवेदक के साथ ग्रम्बप		
क्रम संख्या		वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)		9	Doughten.		
- U		J				0		
				_				
		BASIS for REQUESTING AS		ever is appl	lcable)			
-		सहायता के लिये पिनरि	र ज्याभार	CARCALLANA				
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy			(Att	Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof		
गरीओ रेखा के नीचे प्रमाण यत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण यत्र			A - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण यत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		अन्य कोई साक्य		
(प्रमाण पत्र की क्षमा)	प्राप्त मालान कर।	A SHOULD SHOW SHOW SHOW	ATT AWARDS - STILLED	1802 311717	(fr.) and			
			REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्दे					
Sr. No.	Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	ONOGOGO	अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची सुंतान (भागका पुरूष है कि पुरूष कि पुरुष के अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची सुंतान						
	4 E sente Contract							
		dingery 4E 015 With erine less camp						
	100							
	Ou s							
	- 0							
	AS TO SERVICE STATE OF THE SER	ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPOSE"	from OTHE	R SOURCES			
Sr. No.		इस उद्देश्य के हेतू कोई अ NAME of OTHER SGUR			A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	SISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या		अन्यू स्त्रोट का नाम			्र सी प	र्थ सहायता राशी		
		ms			Jours	1		
	+							

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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.
- 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 योषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाथ प्राया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वार जो सहायात दक्ति "क्षेतिका फाउन्देशन", में ली का रही है, उसका उपयोग उस्ते उरेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगर, जो इस प्रक्रम में घर गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का शांतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजकानीया कप्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में नुना।

AGREEMENT by APPLICANT (STORES ZEO STOR)

- 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 sofely 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 अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा ताम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से बुढ़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के टर्दरमों से प्राचित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांशियों का निर्मय अर्थित से बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थितक को प्रस्ताक्षर या अंगुर्छ का विशान

AGREEMENT by HOSPITAL (SPICIFIC SIZE MOR)

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो नर्तमान और न हो प्रविच्य में निर्विष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उन्ता रोगी/प्यायले में लेंगे का ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" हो। स्थापता विनात आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य मन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्विक्ष शक्का है। इस पूष्टि में स्थाध कहा जाता है कि अस्पताल दितीय सदद उन्ता रोगी/प्यायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथान से सहायता लेने का अधिकार सुर्विक्ष शक्का है। इस पूष्टि में स्थाध कहा जाता है कि अस्पताल दितीय सदद उन्ता रोगी/प्यायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कॉरिका काउन्देशन" में ली गई सहायत केवल वितिष प्रकृति को है। ऐंगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं इसलाल में ऐंगी के इलाज सुरक्षा और आर्थ जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रिका या जिम्मेदारी देगी एवं इस्पताल की होगी।

	Dr. Juli Panyyo	के लिए संस्तृति Dr. Shrong			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	M.B.B.S.M.S U.P.M.C. 115579 (Name of Dr. & Regn. No. with Stan डाक्टर का नाम व इस्ताध्य व रहि. न.	Mornadi-Kheri (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory			
	FOR INTERNAL USE of KO	SHIKA FOUNDATION ञान्तरिक उपयोग हेत्			
SIGN	IATURE of TRUSTEE 1 न्वासी इस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताकर 2			
(5	fugel	lite			