APP	Company of the Compan	ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप		(Healthcar (स्वास्थय देखाः		Koshika	
APPLICATION No. :	Mloc	25/0073	APPI	LICATION DATE:	-1	Building block of life.	
आचेरन संशया :		23 100 43	आवद	AGE-YEARS STIT-OF	SEX field	6-16	
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम			i				
COAT INC. CO.	chbo	+7		65	4		
'ATHER'S/SPOUSE': पेता/कट्टम्प का नाम	S NAME :	Balakram					
	-	PRESENT RESIDENCE ADDRES	SS TER	मान आवासीय पता		get chiefa. No Nonces awastry	
Behig	chia	Behda Colt	щ	Hands		Editorial	
	ELYHOL C	DHan F	na	desh-24	1125	Preop Postop	
	p	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	SS: TR	गई आवासीय पता			
		Solve or		done			
CCUPATION:	+	tople maken			MARRIED (FIGHT	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
OTAL ANNUAL INCO	DME:	Λ.			(Attach Proof of		
हुत वार्षिक आप AN No. स्थाई खाता र	471	ovo / Jan	ile	1	(आव का साक्ष्य	सलग्न)	
RE YOU AN INCOME	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):	_	Yes / No			
या आप आय कर दात	। है (जो मान्य हो उ	इस पर सही का निशान लगाये।		हां / नही			
-		The second secon		DETAILS परिवार विवर		Balanta with A - N	
Sr. No. क्रम संख्या		ame of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	'	ige (Years) डप्र (वर्ष)	Gender Rein	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
(1)	Ran	Pal		30	24	Son	
					The second of		
	4						
	24						
			-				
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनर्शि			is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचें प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संसम्ब करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संस्थन करे।		Ration Card (Attach Copy) उपघोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छथा प्रति संसम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साहय	
				L ESTING ASSISTANCE में विनती का उद्देश्य:	E		
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached कम संख्या अस्पताल/हॉक्टर से जारी की वर्ड प्रतिबंदन सुची संलग्न							
क्रम संख्वा	algant	अस्य					
	MATERIAL II	hyddingi HE Sth				(adarac)	
	0		Calarett				
	V2.87 11.11						
	nung	They be see site from the com					
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SA	ME "PURPOSE" from	OTHER SOURCE	E5	
	1000	इस उद्देश्य को हेतू कोई अ		यता किसी अन्य स्थोत र			
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थाव का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गर्व सहायता राशी		
ज्ञाना साधाना		035			Jan.	In L	
					6001		
	-		_				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक क्रुस भीषणा 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 resection/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 पोपना करत हैं कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवृत्य मेरी जानकारी के अनुसार सम्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवृत्य एवं कथन असल्य पाय जात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उस्से उदेश्य की पूर्वि के लिये किया वायेगा, जो इस प्रक्रण में घर गया है।
- मैं पण्टि करता है कि जिस सतायता हेत यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का साहित्य मा सकता हिस्सा किसी अन्य खोत/पियोक्सा-बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न हो पविषय में लिया

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 प्रयत पर अपने इस्ताकर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सामित की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉरीतका कार्यदेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, परोटी और जो विवारण इस प्रयत्न में मोतित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, सामगा/या दूसरे उर्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रसार माध्यय में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न 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 हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का तकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी शोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्तावर या अंगुटे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्प्याल क्रूब फरा)

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 अधिकात, हमताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्पेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हरणताल) निम्न प्रकार से मान्य व क्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न से क्लंबन और न हो पविष्य में वितिष सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रंग्ये-पामले में लेंगे या ले रहे हैं, कैसे कि इसने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" हारा मदर होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" हारा महायता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायता लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कड़ा जाता है कि अस्पताल द्वितीय न्दर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से लेती लेगा/लेगी।
- 2. "कॉरिशका फाउन्डेरान" से ली गई सहस्थता कोजल बितिय प्रकृति की है। ऐगी पर इस्पताल द्वारा रो गई सलाह या कियं गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एलं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" जो कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery जीपरंतन को लागेख UP MUSTON (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf-of Hospital) ज्या व पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 जासी हस्ताकार 1 SIGNATURE 2 जासी हस्ताकार 1