	CATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप	(Healthe (स्वास्थय र		Koshika
APPLICATION No.:	1 0528 10125	APPLICATION DATE ;	-10-	Building block of life.
आवेदन संख्या :	1 0 28 0153	असमेदन तिथी 🐉		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-TEARS ON	A SEX IEIT	
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्प का नाम	Me Shellood		14	. MA LA CENTA
0 0	Present RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान अव्वासीय पता		PASTE PH MASTER OSSOCIAL
dandei	Della Properties Properties Address Address Address	ः स्थापं आवासीय परा		breok besset
OCCUPATION: Y	lotte maken		MARRIED (Mailed)	/ UNMARRIED (अविवाहित)
कुल वार्षिक आप	fe 1000/		(Attach Proof of In (आय का साक्ष्य सं	come)
PAN No. THE BUILD HERE	X ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	West No.		
क्या आप आय कर दाता है	(ओ मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नही		
Sr. No.	Name of Family Member	MILY DETAILS परिवार । Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	तिंग सिंग	आवेरक के साथ सम्बध
	1,011			
	NII			
	DACK AL PROVINCIAL ARE	example (Texamble)	and a section biol	
	BASIS for REQUESTING ASS सहायता भे लिये विनति		ver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Co गरीबों रेखा के नीचे प्रम (प्रमाण पत्र को छाणा प्रति:	नाण पत्र अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र	(Atta	on Card ch Copy) क्ता कार्ड संस्थ प्रति संसम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		REQUESTING ASSISTA हवे गये विनती का उद्देश		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	कारणवाल/वॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन क्यों। संलग्न सिक्किक शाहित कि प्रतिवेदन क्यों। संलग्न			
	OKT THE S	UE	PARI.	totalact.
		46	ETUL	Curanaci
, a	lungeony he szi	s wit	h Propri	ng teru amp
	0 1			
1	ASSISTANCE BEING AVAILED to इस उद्देश्य को हेत् कोई अन्य	or SAME "PURPOSE" fo सहायता किसी अन्य स्वो	om OTHER SOURCES त से लिया गया डो?	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम		AMOUNT of	ASSISTANCE BEING AVAILED ली गर्व सहायता धरी

DECLARATION by APPLICANT: आमेरक 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, fable 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.
- में धोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी कारकारी के अनुसार सन्त एवं सबी है। यदि कोई विवाग एवं कथन असन्य धावा बाता है तो मेरी सक्षायता निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गरिश "कोर्ड काउन्डेशन", से ली जा ली है, उसका उपयोग उसी डरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल में भेरा गया है।
- मैं पुष्टि नारत हैं कि । नम सहाः ्यु यह प्रार्थन की यई है, उस गृहि का अहिएक या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोत/नियोधक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चिष्प में सुँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक द्वार करार)

- 1) By affixing my signature or humb impression on this Form, I-Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce by 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 इस्तवार या अंगते की बाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉनिका फाउंटेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवास इस प्रयत्र में घोषित है, उसे "कॉनिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देशन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इत्तान के पहले या बाद में करने के लिए "कॉनिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा जम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहस्वता के उद्देश्यों से प्राणित है मुझे स्वतः सहस्वता का तकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "अधिका" एवम उसके नासियों का निर्णय ऑक्स कीर बच्चकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

apples of grange or said out from

AGREEMENT by HOSPITAL (ध्रमातान द्वारा करत)

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:

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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की जोर से मामलेपीयी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय स्तायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न थे धर्मपन और न ही घर्षिण में विशेष सहायता किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उका ग्रेगी,पामले में लेगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश विश्वति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार महत्वाक विन्ति ऑशिकरसकल हेतु मन्द्रूर नहीं किया जाता है के अस्पताल किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्धित रखता है। इस पुष्टि में स्पर कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उका ग्रेगी-फायले हेतु किसी ग्रेर सरकारी संस्था या किसी अन्य सायन से नही लेगा-लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेसन" में जी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का युवाय रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेसन" द्वारा किसी प्रकार कर कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इल्हाब मुख्या और आने बाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई प्रमिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख़

3/05/25

(Name of DAS Bogin, No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Atthorised Signatory on behalf of Hospital) অন য'বং ত্তমভাল আধিক্স অধিকাৰী

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग होत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Sufungel

lite