\ C-25-09-5517

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No. D / 0925 / 0265 application date: आवेदन संख्या : D / 0925 / 0265					Building block of life.	
आवेदन संख्या : \$\) 0.925 \ 0.165 silater कियो 23-9-25 NAME of APPLICANT : AGE-YEARS आयु-वर्ग St Silater का नाम Khush och al 41 A					2	
FATHER'S/SPOUSE'S (पिता/कटुम्प का नाम	ARE.	LANT ALMAI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS AND STRING TO THE PROPERTY OF THE PR					PRE POST	
OCCUPATION: No.	1000					
occupation : DUNLY व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME :				MARRIED (विकासित) / UNMARRIED (अविवासित) (Attach Proof of Income)		
कुल वार्षिक आय — 2000 / (आय का साहय						
PAN No. स्थाई खाता संख	वा		12 120			
क्या आप आग कर दाता है	AX ASSESSEE () (जो मान्य हो उर	lick whichever is applicable): । पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हाँ / नह			
			AMILY DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Nar परि	ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম (বর্ষ)	Gender ਇੰਸ	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
) Barlow I ha		35	15	67160	
(1) Vignero na			00		Carlo	
	Aljan		14	H	Say	
	Althon		6	4	Say	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनरि	SISTANCE (Tick whicher	ever is applicable)	1	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की इस्या प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्प जाय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न व	Ra (Att	tion Card ach Copy) गेवता कार्ड छाया प्रति संस्पन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			REQUESTING ASSISTA किये गये चिनती का उद्दे			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से चारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	to Diggnosist LE - SENICE - Catorial					
RE - SENILE - Calaract						
@ Ewigery - LE - Phato 1 PC10L 2LA						
	The Market	ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई अ			ES	
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOUR अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा भोषाच पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) 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 reimbursament, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिवे गर्व सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि बोर्ड विवरण एवं कथन असरव समा बाता है सी मेरी सहायश निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका काउन्देशन", से ली जा रही है, उसका स्थमीर उसी प्रदेश की पूर्ति के लिये किया आगेगा, जो इस प्रकृप में भए गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सतायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस शांश का आहित्य या सकत किसी अन्य ग्रोट/नियोजक/सीमा कम्पनी में न तो लिया है और न ही यविष्य में स्नुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIPER END NEUT)

- 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 5 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 प्रपत्न पर अपने हस्ताक्षर या जंगते की छाग समावन, में (आवेदक) अपनी सहमति की गुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फार्डरेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेग्र नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्त में घोषित हैं, उसे "कोशिका" ध्यम् न्यासो, दान, याचना/या दूसरे उप्हेश्य से जुडी यतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्त का विकाश मेरे इलाव के पाले वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाठडेंसन" स न्यासी अधिकृत है।
- मैं (अववेदक) इस बात से सक्षमत हूँ कि भेश नाम, पता, फोटो और विवारण जो कि सहापता की उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसवे न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निराण

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाल 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 essistance 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका जाउनहेशन" से वितिय सहस्यता हेतु सिपग्रिश की जाती है, जिसे हम (हस्पवास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भनिष्य में विधिय सहायश किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य असेत से उक्त ग्रेगी/भामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका माउन्हेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। बाँद "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा सहायता विनति ऑफिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया बाहा है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सतायदा लेने का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद तक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य शाधन से नहीं लेगा/लेगी।

 "कॉशिका फाउन्देशन" से ली गई सहस्यत केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाब सेगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" मी कोई भूभिका या जिम्मेरारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख

23-9-25

(Name of Dr. & Regn. No. with Shimp) डाक्टर का नाम व हस्ताधार व राज्य ज

Directar व पर हस्यताल अधिकृत अधिकार अन्तरिक प्रमिद्ध Sealth & Projects

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

न्यासी हस्ताक्षर ।