APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)					Koshika
APPLICATION No.:	M 032		APPLICATION DATE	3/25	Building block of life.
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम			AGE-YEARS IN		6
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	Make:	ylak			MAN WANTED
d45	U th	an Pranes	् ३६ १६	Cheri	bollet or house
	- JAON	N as	about		
OCCUPATION :	f	armen		The Control of the Co	/ UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	ME: A	5/ovol-		(Attach Proof of Inc (आय का साक्ष्य संस	ome)
PAN No. TRIE GREE TO ARE YOU AN INCOME BUT SITE SITE BY STEEL	TAX ASSESSEE (Tick	whichever is applicable): र सही का निशान लगाये।	Yes / No शॉ / न	o ell	
		FAI	MILY DETAILS परिवार		
Sr. No. क्रम संख्या	Name परिवार	of Family Member के सदस्याँ का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध
			211		
			wiy		
			-		
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	sever is applicable)	-115
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संतप्त को	Ri (Ai	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड ो छामा प्रति संतप्त करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
		"PURPOSE" for I सहायता हेतु वि	REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्	TANCE:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न				
	magnosis y serve cotomals				
			9=	DETUL!	(A) CHOLD
	MIHAVA	4 1/E	220	with Pr	ung iens comp
	ou y	1 7		73	
		ASSISTANCE BEING AVAILED I इस उद्देश्य के हेतू कोई अन	or SAME "PURPOSE	from OTHER SOURCES	
Sr. No. क्रम संख्या	1 7 400	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम सक्या		OBS		2000	1/

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोगणा 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.
- मैं भीकरा करता है कि इस प्रारूप में ऐस्ये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाणा जाता है तो मेरी सहायस निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सतायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में घर पथा है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सारयठ हेतु यह प्रार्थन को यह है, इस गरिए का गरिएक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोश/नियोक्क/बीम कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिष्य में लिया.

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 userpublish/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 प्रश्न पा अपने काताका था अंगते की काप लागका, मैं (आवेदक) अपनी सक्षमित को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाउंडेशन और उसके न्यासीचों " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवाश इस प्रथम में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पान, प्राथना/या दूसरे उद्देश्य से मुखी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के तिये किसी थी प्रसार माध्यम में प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (अवंदक) इस बत से सहमत हूँ कि मेरा नाम, फा, फोटो और विवसण जो कि सहायता के उत्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बताताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके व्यासियों का निर्णय अतिम और बच्याकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

गैर सम्बारी संस्था वा किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आणेरक को हस्साध्य या अंगुठे का विशान

LTOFPY

AGREEMENT by HOSPITAL (ERABLE CIT) WITT)

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.

टमां अधिकृत, इस्ताक्षरों को ओर से मामलेजोगी को "कोशिका काउन्डेशन" से वितिष सहावत हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्प्याल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते है। 1) यह कि न तो पर्तमान और न ही पविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रीत से उका रोगी-मामले में लेगे या ले रहे हैं, बैसे कि इमने "कोशिका काउन्डेशन" से सिकारिश/विनीत उका के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मदर हेतू कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत ऑशिकारकल हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्वाधन से सहायता तोने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्टब्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्टब्ट कहा रोगी-मामले हेतू किसी

2. "कोशिका फाउन्टेशन" में ली गई महायता केवल वितिय प्रकृति को है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा से गई मलाह या किये गई उपबारप्रक्रिया का थुशव सेनी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐसी के इस्टाव मुख्या और आने कार्ने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुस्का या विस्मेदारी इस मायले में नहीं होगी।

Pate of Surgery आपरेशन को तारीख UP (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) आकरर का गाम व इस्ताक्षर व राज २ FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 उस्तिवार में इस्ताकर । RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के रिलप संस्तुति Dr. Shape and Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी SIGNATURE of TRUSTEE 1 उस्तिवार । SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्ताकर 2