API	NAMES OF TAXABLE PARTY OF THE PARTY OF TAXABLE PARTY.	ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	The second secon	hcare) देखभाल)	Koshika
PPLICATION No. :	Mlass	5/13/7	PPLICATION DATE	ihe	Building block of life.
AME of APPLICAN	T:		AGE-YEARS	श्री /ते गयु वर्ष SEX लिंग	
THER'S/SPOUSE	S NAME :	ema Deni Jalin		-	MAY HEHADILYZ
त/कटुम्थ का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवामीय प	in .	TEN TO CONTINUE VAME SETTING
Bahiye	pun	Enchpon s	all apur	axpan	Pollot Port
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	स्याई आधासीय पता	110	
		autiv (X	4000	A.	
CCUPATION:	Hon	re maken n		MARRIED (Page	हित) / UNMARRIED (अविवाहित)
OTAL ANNUAL INCOME: 357 का L family (Attach Proof o					
N No. स्थाई खाता	संख्य			र्जार का सार	
RE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE ( । है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / N		
		FAM	IILY DETAILS परिवा	र विवरण	
Sr. No. क्रम संख्या	Na , qfa	me of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (चर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
(1)	N	pera	30	H	SON
(2)	1 40	inga Ram	27	М	300
		0			
					San
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति उ	STANCE (Tick which	hever is applicable)	
		EWS Certificate	R	tation Card ttach Copy)	Any Other Basis/Proof
BPL C (Attach Car गरीबी रेखा के नी (प्रमाण पत्र की छावा	d Copy) चे प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे।	- বা	रभोक्ता कार्ड ही क्रमा प्रति संलग्न करे।	अपन कोई माध्य
(Attach Car	d Copy) चे प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संस्तन्य करे। "PURPOSE" for RI	- বা	पर्योक्ता कार्ड ही क्राया प्रति संलग्न करे। TANCE:	अपन कोई माध्य
(Attach Car गरीबी रेखा को भी (प्रमाण पत्र की साव्य Sr. No.	d Copy) चे प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्राया प्रति संतन्त करे। "PURPOSE" for RI सहायता हेतू कि	त्रप्रमाण पत्र व (प्रमाण पत्र व EQUESTING ASSIS ये गये विनती का उद dical Reports/Presi	प्योक्ता कार्ड ही क्रमा प्रति संस्पन करे। TANCE: एरेश्य: criptions Attached	अन्य कोई साध्य
(Attach Car गरीबी रेखा को नी (प्रमाण पत्र की साव्य	d Copy) चे ग्रमाण पत्र पति संतरन करे।	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संसन्त करे। "PURPOSE" for RI सहायता हेतु कि Med अस्पताल	त्रप्रमाण पत्र व (प्रमाण पत्र व EQUESTING ASSIS ये गये विनती का उद dical Reports/Presi	प्योक्ता कार्ड ही क्षया प्रति संलग्न करे। TANCE: (देश्य:	अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Car गरीबी रेखा को भी (प्रमाण पत्र की साव्य Sr. No.	d Copy) चे प्रमाण पत्र	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संसन्त करे। "PURPOSE" for RI सहायता हेतु कि Med अस्पताल	तुः (प्रमाण पत्र व EQUESTING ASSIS प्रये विनती का उद् प्रदेशिक्ता स्थिति का उद्	प्रयोक्ता कार्ड ही करण प्रति संलग्न करे। TANCE: देश्य: criptions Attached गई प्रतिबृद्द सूची संल	अन्य कोई सास्य गर्न
(Attach Car गरीबी रेखा को भी (प्रमाण पत्र की साथा Sr. No.	d Copy) चे ग्रमाण पत्र पति संतरन करे।	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संसन्त करे। "PURPOSE" for RI सहायता हेतु कि Med अस्पताल	तुः (प्रमाण पत्र व EQUESTING ASSIS प्रये विनती का उद् प्रदेशिक्ता स्थिति का उद्	प्योक्ता कार्ड ही क्रमा प्रति संस्पन करे। TANCE: एरेश्य: criptions Attached	अन्य कोई साक्ष्य
(Attach Car गरीबी रेखा को भी (प्रमाण पत्र की साथा Sr. No.	d Copy) चे प्रमाण पत्र पति संतरन करे।	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झापा प्रति संसन्त करे। "PURPOSE" for RE सहायता हेतू कि Med	उपाण पत्र व (प्रमाण पत्र व EQUESTING ASSIS प्रेये पिनती का उद् प्रदेश सिनती का उद्	प्रयोक्ता कार्ड ही करण प्रति संस्थान करे। TANCE: देश्य: criptions Attached गई प्रतिबृद्द सूची संस	ora mili maa
(Attach Car गरीबी रेखा को भी (प्रमाण पत्र की साथा Sr. No.	d Copy) चे ग्रमाण पत्र पति संतरन करे।	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झाया प्रति संसन्य करे। "PURPOSE" for RI सहायता हेतु कि Med	उपाण पत्र व (प्रमाण पत्र व EQUESTING ASSIS प्रेये पिनती का उद् प्रदेश सिनती का उद्	प्रयोक्ता कार्ड ही क्रमा प्रति संस्थन करे। TANCE: एरेश्य: criptions Attached गर्ड प्रतिबंदन सूची संस	on the History  Contained  Contai
(Attach Car गरीबी रेखा को भी (प्रमाण पत्र की साथा Sr. No.	d Copy) चे प्रमाण पत्र पति संतरन करे।	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झापा प्रति संसन्त करे। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु कि Med अस्पताल	ह्मण पत्र व (प्रमाण पत्र व EQUESTING ASSIS प्रे गर्थ विनती का उद् शिंद्धां स्थिती का उद्	प्रयोक्ता कार्ड ही करण प्रति संस्थान करे। TANCE: प्रेट्स: प्राचित्रका स्थानिक	HMQ IENS COM
(Attach Car गरीकी रेखा के नी (प्रमाण पत्र की लाय Sr. No. क्रम संख्या	d Copy) चे प्रमाण पत्र पति संतरन करे।	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साया प्रति संसम्भ करे।  "PURPOSE" for RI सहायता हेतु कि  Med अस्पताल	ह्याण पत्र व EQUESTING ASSIS प्रे गर्व विनती का उद् ग्रंडीक्टर से जारी की	प्रयोक्ता कार्ड ही करण प्रति संलग्न करे। TANCE: देश्य: criptions Attached गई प्रतिबंदन सूची संल क्रिक्ट स्थान संस्थान	MAINE TON SOME
(Attach Car गरीबी रेखा को भी (प्रमाण पत्र की साथा Sr. No.	d Copy) चे प्रमाण पत्र पति संतरन करे।	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झापा प्रति संसन्त करे। "PURPOSE" for RE सहायता हेतु कि Med अस्पताल	ह्याण पत्र व EQUESTING ASSIS प्रे गर्व विनती का उद् ग्रंडीक्टर से जारी की	प्रयोक्ता कार्ड ही करण प्रति संलग्न करे। TANCE: देश्य: criptions Attached गई प्रतिबंदन सूची संल क्रिक्ट स्थान संस्थान	HMQ 1903 COM

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा चोपण पत्र:

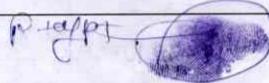
- thereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false stallement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 चोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रम में रिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायदा निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्थत रहित "कोशिका काठन्द्रेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल में परा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत:नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा

### AGREEMENT by APPLICANT (आयेदक 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 प्रपत्न पर अपने हरताधर वा अंग्रेट को क्षप स्माकर, मैं (आवंधक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में योषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाधनाध्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी निर्विषियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या कार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेत नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के धनताक्षर या अंगुठे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing bereunder, 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, 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 ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की आठी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो परिष्य में विशेष सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत में उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "काशिका फाउन्डेशन" से सिकारिश विनति अतिक के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद होतु कि है। यदि "काशिका फाउन्डेशन" हारा महापता विनति आतिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्सायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की हैं। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का जुनाव रोगी एवं इस्पताल को बीच वह लियय है और "कोशिका काउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने वाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

# Pate of Surgery आपरेशन को वर्गम के स्थाप व हस्ताक्षर व गीव. व Signature of Trustee 1 Signature of Trustee 1 Signature of Trustee 2 नवासी हस्ताकार 1