APP		ORM FOR ASSISTANCE त् आवेदन प्रारूप		hcare) देखभाल)	Koshika	
APPLICATION No.: M 10325 1319 APPLICATION DATE:					Duilding block of life.	
NAME of APPLICANT : अगलेदक का नाम MAN DOLLA !			AGE-YEARS-S	IT IT SEX TO	tn A	
			65	M		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/काटुम्प का नाम	NAME:	angas Pria	sad		May 42 Page 2	
tar R	A NPU	hj Phan Pras	Chun	ghich)	Dollar half	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	कः स्था आवासाय पता			
OCCUPATION:	fa	rnen		MARRIED (R	विविद्या / UNMARRIED (अविद्याहित)	
TOTAL ANNUAL INCO	ME:	1000 1-		(Attach Proc	of of Income)	
PAN No. THIS BIRTH	रंख्य	1000		Ç301 4 10 10	AS MANY	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): म. पर मही का निशान लगाये।	Yes / N			
		F	AMILY DETAILS परिवा	THE RESERVE THE PERSON NAMED IN		
Sr. No. क्रम संख्या	Na Vi	ame of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
(1)		Kalienderi	30	-1	Doughten	
-					V	
					The state of the s	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनी	SSISTANCE (Tick which	hever is applicable	)	
BPL Card (Attach Card Copy) गराँबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रयाण पत्र (प्रयाण पत्र की स्वाय प्रति संतरन र	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड हरे। (प्रमाण पत्र की साम्य प्रति संसर		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उद			
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	अस्मताल/डॉक्टर में जारी की गई प्रतिबंदन सूची श्रृंतान					
	ONG UP					
	The sevent condition					
	Surgery HE SXIS with PHIMA TEN COMP					
					11/19/10	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME *DURBOCE	" from OTHER SO	HOPES	
		इस उर्दश्य के हेतू कोई अ	न्य सहायता किसी अन्य	स्थोत से लिया गया	8)3	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम		RCE	1.0	UNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
	8	DEG		Poro	311.00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदफ द्वारा घोषणा 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 8 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 पोचना करता है कि इस प्रसन्य में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महावता निरस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता एति "कोशिका परठ-देशन", में ली का रही हैं, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्तप में घर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता होटू का प्रार्थना की गई है, उस राशि का जीतिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ओरान्यियोजकर्जीमा कम्पनी से व तो लिखा है और न ही भावित्र में नैता।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक क्रांत 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 प्रदर पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ट को छाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा तथा, पता, फोटो और जो विवास हम प्रयत्न में भीषा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, एव-, यावना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंमन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेदक) इस बात से सहसत हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकाण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवन उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अरावेदक्त को हस्ताक्षर या अंगुरो का निवसन

Hoff!

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kesflika 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की और से मामलेतीगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से जितिप सहस्थत हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न वो वर्तवान और न ही भविष्य में वितिष मजायता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्वेत से उस्त रंगी/पामले में लेंगे च ले रहे हैं, जैसे कि उसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनित उस्त के सन्वर्थ में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" इस सहावता विनित अशिका-सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में सम्द कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रंगी/बायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से वही लेगा/लेगी।
- 2. "कॉरिका कार्य-देशन" से शी गई सरापता कंकन बिहित प्रकृति की है। संगी पर हस्पताल द्वार पी गई सत्तक या किये गर्य रापका/प्रक्रिया का युनात रोगी एवं हस्पताल के बीच का किया है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा कियी प्रकार का अर्थ तक्षव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की क्षेत्री "कोरिका" को कोई पूर्णिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं शोगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** Deep ऑपरेशन की तारीख 30746 Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Nhare of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) भाग व पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व हमताकार व रिन, न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञान्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताश्चर ( न्यामी हस्ताधर 2

30-11-2024