APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				hcare) देखमाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M10325	71392	PPLICATION DATE	03/25	Building black of Ufa	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	0.41110		AGE-YEARS	तापु वि SEX सिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME:	Dataran	1 3 5		N MANUAL DEAL MANUAL DEAL DEAL	
Sunel	Shahjah		apport,	Shahiphang 3001	Property Public	
OCCUPATION :	ham	meken		MARRIED (Rall	तेत) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO	OME: 4	01000 / fem	ly	(Attach Proof o (आय का साक्य	f Income) संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता र ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): य पर सही का निशान लगाये।	Yes / N			
1		The state of the s	LY DETAILS परिवा	र विवरण		
Sr. No. क्रम संस्मा	Na	ne of Family Member वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उग्न (वर्ष)	Gender ਇੰਧ	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
	P	Paul		14"	SON अंग्रेस के साथ सम्बंध	
		BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	STANCE (Tick which	haver is applicable)		
BPI. Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को सामा प्रति संस्पन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आव वर्ग प्रमाण यत्र (प्रमाण यत्र की स्था प्रति संसान करे।	(A)	Ration Card Attach Copy) पर्भोक्ता कार्ड ही छापा प्रति संतग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
MILLE		"PURPOSE" for RE सहायवा हेतु कि	EQUESTING ASSIS ये गये विनती का उद			
Sr. No. क्रम संख्या	lalara.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न				
	MOGNOSIS RIE SCHILL LAHAROLT					
	Ale Scholl lateract					
	Luna	on RE SO	With	PHIL	lens camp	
	Jung	J				
		ASSISTANCE BEING AVAILED for	SAME "PURPOSE	from OTHER SOUR	CES	
Sr. No.		इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम		किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता गरा		
क्रम संख्या	080			2000/		

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा भोषणा पत्र:

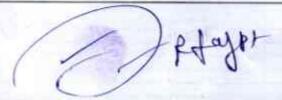
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता जिस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राति "काँदेशका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेण, जो इस प्रक्रप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस गाँग का नाशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खेल/निपोसक/बीगा कम्पनी से न तो लिया है और न ही चरित्रम में लिया.

AGREEMENT by APPLICANT (STRIPE STRIPE WIR)

- 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 प्रथत पर अपने इनताबर या अंगते को बाप लगाकर, में (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके नासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस इपत में भोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वायना/ण दूसरे उट्टेश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार वाज्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथत का विवरण मेरे इलाव के एक्से या बाद में करने के लिए "कोशिका प्रशावतीन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सतमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाबता के उद्देशकों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यामियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्ताधुर था अंपूर्ड का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा करार)

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 essume 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, इस्तावरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाइन्डेशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पतास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करने हैं।

- 1) यह कि न तो वर्णपार और न ही धविष्य में विशिष सहस्था किसी में। सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उका रंगी/प्रामले में लेंगे यह ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से मिकारिश-विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" क्षारा मदद हेतु कि है। वर्ष "कोशिका फाउन्डेशन" क्षारा सहस्था विनति ऑशिक-सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या विनते अन्य सन्ताधन से सहस्था लेने का ऑपकार सुरवित रखता है। इस पुष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त गेंगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा-लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति को है। येगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुकल रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवान नहीं है। इसलिये इस्पताल में होगी के इल्हाब सुरक्षा और आने कोने की सारी किस्पेयाने होगी एवं इस्पताल
- की होगी और "क्षोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में उन्हीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्थीभृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख़

(Name of Dr. & Regn. No. with String)
stact all THE BEATS TO THE

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION वानारिक उपयोग हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताधाः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्ताबर 2

30-11-2024