C18 11 0336

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपात)					Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	V 11	10 0838	APPLICATION DATE : এটাইব চিথ্যী	19/11/018	Building block of life.	
NAME of APPLICANT: Syalleus			AGE-YEARS NO	g-and sex firm	AA	
FATHER'S/SPOUSE'S। থিয়/ৰুখুন্দ ভা দান	NAME O D				POR POR	
Vill	+10-1	PRESENT RESIDENCE ADDRES	S वतपन शास्त्राप पत		0 1 0 1	
The	PI	RMANENT RESIDENCE ADDRES	<ul><li>इ. स्थाई ठ्यावासीय प्रता</li></ul>		Pre of Post of (0838) Sign devi	
		Some a	CLOSUE	1 /		
occupation: Housewife TOTAL ANNUAL INCOME: NA			MARRIED (विचारित) / UNMARRIED (अविचारित)  (Attach Proof of Income) (आय का सक्य संस्तन)			
कुल वार्षिक आय PAN No. स्पर्व खाता संस्	<b>छ्या</b>				HC(*1)	
ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE ( है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान समाये।	Yes / No हां / नह AMILY DETAILS  परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (यर्प)	Gender लिग	Relation with Applicant आपेड्ड के साथ सम्बध	
27		Tulkfram		M	Husband	
2,	Kan	rat single	28	М	502	
		EASIS for REQUESTING AS सहायता को शियो विपत्ति	SISTANCE (Tick which	ever is applicable)		
(Attach Card Copy) (Attach Ci गरीबी रेखा के पीचे प्रमाण पत्र अल्प अल्		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ष प्रयान पत्र (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संलग्न क	MA) 795	tion Card ach Copy) सेश्ता कार्ड स्थाय प्रति संतम्त करे!	Any Other BasisProof जन्म कोई सतस्य	
		N. W. C.	REQUESTING ASSISTA किये गये विनती का उद्दे	77.00		
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न					
	RE - IMAC					
	LE TIMBE					
			- A	100		
	Surgery - (RE) SICS + IOC					
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्दश्य के हेतू कोई अन	for SAME "PURPOSE" य सहायश किसी अन्य स	होत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR अन्य स्वीत का भाग		E AMOUNT o		ASSISTANCE BEING AVAILED श्री गई सहापता यशो	
	S	EH				
					10000	

## DECLARATION by APPLICANT: अस्पेर्क द्वारा भोषण 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 & engoing assists
  flable 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 assessed by ma.
- 3) 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 section which this assistance is requested.
- 1) मैं भोषण कात हूँ कि इस प्रारूप में रिने गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य पूर्व राष्ट्री है। यदि अर्थी विश्वरण एवं कथा असून्य पाय जाता है तो मेरी शहरणता निवाद की का सकते क
- 2) मेरें द्वार को सवायता रांति "कोशिका फाउक्तान", से शी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया व्यवेश, जो इस प्रारूप में पर शक्त है।
- मैं पुष्य माता है कि विस सहायत हेतु यह प्रामेश को यां है, दस पति का अधिक या ग्रांकत हिस्सा कियी अन्य प्रोक्तियोगकाबीय जन्मती से व तो तिया है और व श्री प्रदिक्त में श्रीया

## AGREEMENT by APPLICANT (STRIPE BR WILL)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) bereby 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 sofely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and occeptable to me.
- 1) उस प्रता मा लग्ने बताबर मा मंगठे की बाद समावर, मैं (आवेदक) अपनी सामाजि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिस्था फाउदेशन और उठाई मानोर्थ " को अधिकृत करता हूँ कि मेर कम, क्या, कोंग जो विकास उस प्रवा में भीवत है, उसे "कोतिका" एक्स् न्यामी, एम्, व्यवस्था पूर्वरे उर्द्रश्य से बुढी चीविविध्यों और प्रशासिकों से लियी भी प्रतार मानाम में उत्तरिका काने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रया का विवास मेरे इताब के पहले का बाद में करने के लिए "कोतिका फाउदेशन" व नामती अधिकृत है।
- 2) के (कार्यरम) इस बात में मतानत हैं कि पैरा पाप, पात, फोटो और विवास को कि सताबक के उर्देश्यों में प्रार्थित है पुत्रों स्था: महायत का हकार नहीं बच्चा इस सब्बंध में "कांगिका" एवन् नाओ जातियों का निर्मात और बाध्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

## AGREEMENT by HOSPITAL (EVENT ETC WOL)

By afficing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospitel) hereby affirm & accept following:

I) that we helder 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 assentially states that the Hospital will not ever 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, as 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.

इसी अधिक्त, इसावरों को और में पान्तियों को "कोशिका फान-देशन" से बितिय स्वापता हेंद्र किसारित को करी है, जिसे इस (इस्पतारा) निन्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) या कि व से पान्ति और न हो परिच्य में वितिय स्वापता किसी मैंर संस्थान या किसी अन्य करते से उस्त ऐसी/प्रापता में लेंदे या से रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्देशन" से विवादीयाजियी उसन के सामक में "कोशिका पाउन्देशन" इस मार है तो सामकाल किसी अन्य के सामक में "कोशिका पाउन्देशन" इस परिच्य कर के सामकाल किसी अन्य के सामकाल के सामक

2. "क्रोंकिक मान्नेतन" ये तो वर्ष महायत्र केवल क्षित्र प्रकृति की है। ग्रेणी पर इस्तवल द्वाव भी गई सलाह मा किये गर्न प्रश्नवरप्रक्रिया पर भूतन रोग्ने एवं इस्ताव के बीच का विकार है और "क्षेंनेका मान्नेत्री प्रकार का कोई एकन गयी है। इस्तीवर्ष इस्तावल में ग्रेणी के इसाव सुख्या और आने माने को भागे का क्षेत्री प्रकार का कोई एकन गयी है। इस्तीवर्ष इस्तावल में ग्रेणी के इसाव सुख्या और आने माने को भागे का क्षेत्री प्रकार का कोई स्थान गयी को क्षेत्र माने की माने माने में मही होगी।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनशिक उपयोग हेत्

SIGNATURE OF TRUSTEE 1

न्याभी इस्ताक्षर 2

SIGNATURE of TRUSTEE 2