018/12/0248

AP	PLICATION सहायता	FORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप	Br. 1, 91 (11)	thcare) र देखपाल)			hika		
APPLICATION No.: A 0119 0700			APPLICATION DATE : 7/1/19			The state of the s	dation block of life.		
		nakuntla.	AGE-YEARS		SEX DAY	1	0		
FATHER'S/SPOUSE पित्र/पाटुम्य का जान	'S NAME: W/	Sunday				10-	100		
Vill TR	haliten	PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS प्रतिमान आवासीय ए	a ,		5/	101		
2154 -	- Alu	PERMANENT RESIDENCE ADORE	61.50			Prest.	Postor		
			above			0700	Shakuntl		
OCCUPATION:	Farm		Seat Select	МАФС	entin (Beeflee)	/ IIIIII ADDIED (vil	-0-1		
TOTAL ANNUAL INCI मुत वार्षिक आप		10,000	(Attach Proof of (अप का सक्य		ch Proof of Inc	হ) / UNMARRIED (বাইবাটির) Income) মান্তর			
PAN No. THE THEM I	E TAX ASSESSED	(Tick whichever is applicable):	Yes (#6	5	र का सावप सर	111)			
•	प्र है (जा मान्य हा	उस पर सही का निसान संगाये। F	मा (प	ही/					
Sr. No. क्रम संख्या	1	iame of Family Member रिवार के सदस्यों का चाम	Age (Years) उम्र (यर्थ)	Cen	ider (it	Relation with Applicant आयेरक के साथ सम्बंध			
(1)	P	akesh	32			son			
(11)	F	nex	28	N	1	son			
		12m / 9	26	F		soh			
		BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick whichs	rver is apol	icabia)				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के गीचे प्रमान पत्र (प्रनाम पत्र की साम्य प्रति संसम्य करे।		सहायता के शिये विनति EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप आय वर्ग प्रयाण पत्र (प्रयाण पत्र की साथ प्रति संशलन क	Rati (Attu	Ration Card (Attach Copy) उपयोकता कार्ड (प्रयाण पत्र भी साथ प्रति संशाम करे।		Any Other Basis/Proof জন্ম কাই মাধ্য			
		"PURPOSE" for	REQUESTING ASSISTA केषे गये विश्वती का उद्देश	NCE:					
Sr. No. ऋम् संस्था		Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/दोबटर से जारी की गई पहिलेक्ट प्राची प्रोकान							
	Diagnosis RIE - IMSC								
		LIE -	LMSE						
	Surgery BIE - SICS + ICL								
			Fallen						
		ASSISTANCE BEING AVAILED to	सहत्यता किसी अन्य स्त्रोट	on OTHER में लिया ग	SOURCES या हो?				
Sr. No. जय संख्या	Scoh	NAME of OTHER SOURCE अन्द स्थोत का नाम		A to TRUOMA			SSISTANCE BEING AVAILED गई सहमता एती		

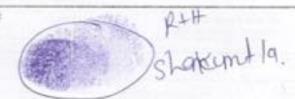
## DECLARATION by APPLICANT: आयेएक द्वारा पोपणा पत:

- 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 an illable 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.
- मैं कंपना काल हैं कि इस प्रास्त में दिने गये सभी विकास मेरी जनवारी के अनुसार साथ एवं साले हैं। घीट कोई विवास एवं काल असार पाए जात है के मेरी सहामत निस्त की का सकती है।
- मेरे इस को स्वास्ता राति "कीतिका अव्यन्देशन", से शी वा स्त्री है, उसका अपनेप उसी बदेश की पूर्व के तिले किया आपेश, को इस प्रक्रम में कर गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि विस सहावता हेतु यह प्रचीय की गई है, कर राति कर व्यक्तिक सा सवात तिस्ता किसी कार प्रोद्यानियोजक/बीचा प्रमानों से व तो तिव्य है और व श्री पहिष्य में मूँचा

## AGREEMENT by APPLICANT (Spice po wor)

- 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 प्राप्त पर अपने इस्तापार या अंग्ले की प्राप्त सम्मान, में (आनेएक) आएथे सहसाई पूर्व "क्वेरिक्स प्राप्तदेशन और उसके प्रश्नामाँ " को आंधवृद करता हूँ कि मेद कब, पता, फोटो और से विवरण इस प्राप्त में पीमित हैं, उसे "कोटिक्स" एकर, पाना, पान, पाना, पान, प्राप्त के विवरण इस प्राप्त में पिये किसी भी प्रसार माण्यन से प्रमाणित करने के लिए अधिन्त हैं। भी प्रपार का विवरण मेरे इलाज को पाना या बाद में करने के लिए "कोटिक्स फाउड़्डेयन" क न्यार्थी ज्यिकत हैं।
- 2) मैं (आवेषण) इस बात से सहस्ता है कि मेरा नाम, पात, फोटो और विभाग को कि शहाशत को उन्होंनों से ज्ञानित है मुझे क्या: यहायत का इक्ष्युर गड़ी बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसके न्यांगियों का निर्मय और बालवारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : SINGER & EMDER TO AND AN TREET



## AGREEMENT by HOSPITAL (SPRING STO WORL)

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 evall 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 shortfell from another NGO or any other source. This confirmation assentially 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 petient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.
- हत्यों अध्यक्त, हत्ताकों को आंत से पामलेयोगी को "कोशिया पापनीरान" से पिरिय प्रस्थात हेतु किसीशत को बाती है, किसीशत (इस्तालत) दिन प्रधार से पान्य क स्थीवार करते हैं।

  1) पर कि न से परियन और न से परियम में पिरिय प्रस्थात किसी में राजवारी संभाग मा किसी अन्य स्थीत से उस्ता प्रेतिपायलें में सेरे पा से रहे हैं, पैसे कि इसने "कोशिया पापनीरान" से विकारित विवार के सम्बंध में "कोशिया पापनीरान" हाए नगर हेतु कि हैं। परि "कोशिया पापनीरान" हाए नगर हैता कि में प्रस्था पापनीरान के सम्बंध में स्थान के सम्बंध परियम पापनीर के प्रमाण के स्थान है के अस्ताल किसी अन्य सम्बंध में स्थान पापनीरान के प्रस्था पापनीरान के प्रमाण के प्रस्था परियम स्थान के प्रस्था पापनीरान के प्रस्था पापनीरान के प्रस्था परियम प्रस्था परियम प्रस्था परियम से पापनीरान के प्रस्था परियम परियम प्रस्था परियम से पापनीरान के प्रस्था परियम परियम प्रस्था परियम से पापनीरान के प्रस्था परियम से पापनीरान के प्रस्था परियम परियम से पापनीरान के प्रस्था परियम से प्रस्था परियम से पापनीरान के प्रस्था परियम से पापनीरान के प्रस्था परियम से प्रस्था से प्रस्था परियम से प्रस्था से प्रस्था परियम से प्रस्था परियम से प्रस्था परियम से प्रस्था से प्रस्था परियम से प्रस्था परियम से प्रस्था से प्र
- 2. "कॉसिका फार-वेशन" में लो लई सहायता केवल विशेष प्रवृत्ति थी है। ऐसी पर हरपाल्य द्वाय में यह सलाह का किये नवे प्रप्याप्त्रिया का बुनाय ऐसी वर्ष हरपाला के बीच का विषय है और "कोशिका फार-वेशन" द्वारा मिली प्रकार का नोई प्रचल नहीं है। इसलिये हरपाला में ऐसी को इलाज सुरक्षा और अपने को सभी जिल्लेग्रारी ऐसी वर्ष हरपाला की शेली करें "कोशिका" की सभी प्रीत्या पा जिल्लेग्रारी इस फारले में शेली होते।

Date of Surgery
अधिरात की अधिव

Dr. Dharm Singh

Dr. Dharm Singh

(Name of Dr. Abelian No. with Singh)

(Name of Dr. Abelian No. with Singh)

(Name, Designation of Surgery of Authorities Signatory

(Name, Designation of Surgery of Surgery of Surgery of

in the matter.