8010/10/10

## Koshika APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल) foundation APPLICATION No. : APPLICATION DATE: Building block of life. 011910731 अरुवेदन मोख्य : आधेरन तिथी AGE-YEARS STIT-TH SEX felt NAME of APPLICANT: Amar Singh आवेरक का नाम GI M Prabhy Ram FATHER'S/SPOUSE'S NAME : च्या/कटुम्भ का गम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अव्यासीय पता Mundaway VIIIasc POSTOR PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याई अववासीय पता Port OP. 2154 Hlwan Amour 0731 Singly as above OCCUPATION: MARRIED (RUSH) / UNMARRIED (ARTURA) Foormer ध्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income) 65000 NW कुल व्यक्ति आव (आव का साध्य संलग्न) PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/ No क्या आप आप कर दाता है (यो मान्य हो उस पर सही का नितान सन्त्रये। हाँ १ नही FAMILY DETAILS परिवार विकरण Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant क्रम संक्रम परिवार के सदस्यों का नाम उप्र (वर्ष) शिंग आवेदक के साथ सम्बध SOVI 30 MUNICE 20 121 Na BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof गरीमी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प अल वर्ग प्रयाप पत उपयोज्य कार्ड अन्य कोई साक्य (प्रयाण पत्र की साधा प्रति संतरण करे। (प्रथम पत्र की प्राप्त प्रति संतरन करे। (प्रयाण पत्र की सावा प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संतान ऋम संख्या 1agnosi Breaun Catorias HMSC Surger ale 10 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? HAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता एसी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या SCEN

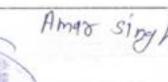
## DECLARATION by APPLICANT: HOPOW GIT YOU'S YES

- 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 it is 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.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, swalf of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा बरात हैं कि इस प्रारूप में ऐसे तमें सभी विवास मेरे जानवारी के अनुसार ताल एवं नहीं है। घरि कोई विवास एवं नहान आलय वाल है तो मेरे सहामत निरात की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सतायत राति "क्षेत्रिया काराबेशन", से सी का शी है, उसका उपयोग उसी डरेरप की पूर्ति के लिये किया व्यवेश, को इस प्राप्तप में परा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि किस सतावता हैंह यह प्रार्थत की गई है, इस शीव का व्यक्तिय या सबस दिस्सा किसी अन्य प्रोद्धनियोग्डा/पीम कामने से न श्रो लिया है और न ही परिष्य में सुनित

## AGREEMENT by APPLICANT ( Spine 100 WOX)

- 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 प्रया पर अपने इस्तावत या अंच्छे की बाप लायकर, मैं (अपनेतक) अपनी सामति की तुन्थि करता हूँ एवं "कोतिका प्राप्तितन और उससे न्यासीनों " को अधिकृत करता हूँ कि मेच कप, प्राप्त, कोर्ट और जो विवादक में सोविक है, उसे "कोतिका" एवम् न्यासी, प्रान, क्यन्याना पूरुरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविकियों और उपराक्षियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार कार्य के लिये के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार कार्य के लिये के लिये की प्रमार का विवाद मेरे प्रसार को प्रसार के लिये की लिये की प्रमार कार्य के लिये की प्रमार कार्य के लिये की प्रमार कार्य के लिये की प्रमार कार्य की प्रसार कार्य के लिये की प्रमार कार्य की प्रमार की प्रम की प्रमार की प्रमार की प्रमार की प्रमार की प्रमार की प्रमार की
- 2) मैं (अवंदक) इस बाव से सहमत हैं कि मेंछ नाम, पता, फोटो और दिवरन जो कि सहायक्ष के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्था: तहायक का दकदार नहीं बनावा हस सम्बंध में "बोरिसवा" एकम् उसको न्यानिम्मों पता दिवीय और बायाकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : বার্থকে জ ব্যবহাৰ আ কণ্ডি জা বিভাগ



AGREEMENT by HOSPITAL (SPIRIT BY WORL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/petient 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 the right to make up the shortfall from enotiner NGO or any other source. This confirmation certainly states that the Hospital will not avail and objects assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2.1 The period area from Koshika Foundation in only Engaging in patient.

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.

इसरे अधिवृत, इस्ताक्षी की ओर से साम्लेशीयों को "क्षितिका कार्य-देशन" से बिरिय सहाया हेतु सिफरिश की व्यक्ति है।

1) यह कि न से कांच्यन और न ही धनित्य में विशिष सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान सा किसी आम क्षेत्र से रूप ऐंगी-वामले में लेंगे या ले रहे हैं, मैरी कि इसने "क्षोशिका फाउन्देशन" से विवादिक की अपना में "क्षोशिका फाउन्देशन" से विवादिक की अपना में "क्षोशिका फाउन्देशन" हात सहायता विश्वति अहित्य-सकत हेतु मन्तुर नहीं किया कांच है से अपनात किसी अन्य में प्राचित की कांच्या मान्य में कांच्या की से अपनात किया मान्य में स्थापन में सहायता लेने का अधिकार सुर्धित रक्षता है। इस पुष्टि में रक्ष्य नवा नात है कि अन्यात हिता नवर प्रका सेक्षियामले हेतु किया मिन सरकारी संस्था का विस्ती अन्य साधार से नहीं शेनारणी।

2. "क्षेतिका काम्बंडल" से ली गई स्वायक क्षेत्रण विकिप प्रकृति की है। सेनी पर हापताल द्वार में गई मलड़ या किये गये उपकारप्रिया का मुख्य देनी एवं इत्यवाल को बीच का विकार है और "क्षेतिका कारप्रदेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकार नहीं है। इसलिये इत्यादल में रोगी को इलाय सुपक्ष और अर्थ माने को सारी किमोदारी ऐसी एवं इस्पताल की होगी और "क्षेतिका का विकार की कोई मुख्यक या निर्माणने इस मानते भें नहीं होगी।

Pate of Surgery अंग्लेश के लिए संस्तृति

Date of Surgery अंग्लेश को उत्तर अपनि अभिनेता अभिनेत