C19/01/0107

| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखपाल) | | | | | | | Koshika | |
|---|--------------------------|---|-------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|---|--|
| APPLICATION No. : आवेदन संख्या : | A OI | 19 0733 | APP | LICATION DATE : | 12 | 11/19 | Building block of life. | |
| NAME of APPLICAN आवेदक का श्रम | T: Bin | nla Devi | | AGE-YEARS ST | | SEX ft/1 | A (| |
| FATHER'S/SPOUSE' पिता/सङ्ग्य का भाग | S NAME : | Sohan Lal | | 0. | | | | |
| vill | Estrodo | PRESENT RESIDENCE ADDR | ESS % | र्गान श्रावासीय पत 1129 2°64 | | | | |
| 2151 | Alway | Rajas 1 | | | | | Port one. Port one. | |
| | | | as | above | | | 0733 Bimla Devi | |
| OCCUPATION: | Labo | ower Torest | | | MA | ARRED (PRINT | ব) / UNMARRIED (সবিবারিব) | |
| TOTAL ANNUAL INC कुल वार्षिक अन्य | | 70,000 | | | (A) | ttach Proof of आव का संस्थ | Income) 1 1 नि | |
| PAN No. THE THEST ARE YOU AN INCOM THE SITE SHE WE THE | E TAX ASSESSEE | TV: A— (Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान सम्बद्धे। | | Yes / No | 2 | | | |
| | | | | DETAILS परिवार | विवरण | | | |
| ा Sr. No. अस्य संख्या | Ni V | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | | Age (Years) ওয় (খৰ্ম) | | Gender सिंग | Relation with Applicant आवेदक के साम सम्बप | |
| (i) | - | Viyay Pal | | 304 | | M | 56N | |
| (i) | 8 | ampal | al | | | M | son | |
| | | | + | | | | | |
| | | | + | | _ | | | |
| | | | \perp | | | | | |
| | | BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये कि | ASSISTA रति आध | NCE (Tick which | ever is a | applicable) | | |
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमान पत्र (प्रनाम पत्र की कावा प्रति संसान करे। | | EWS Certificate (Attach Certificate Copy अरुप आव वर्ग प्रयाण पत्र (प्रयाण पत्र की समय प्रति संलग्न | (Attac | | ion Card ach Copy) केवड कार्ड कार्य प्रति संस्थान करे। | | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य | |
| | | | | JESTING ASSISTA विनती का उर्दे | | | | |
| Sr. No. ऋष संख्या | | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर से आरी को गई प्रतिकेदन सुची संसरन | | | | | | |
| | Diagn | Diagnosis Re- IMSC | | | | | | |
| | - | LLE- LMSC | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Surge | Surgery Re- STCS + TOC | | | | | | |
| | 1 | | _ | - | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्दश्य के हेतू कोई व | | | | | 5 | |
| Sr. No. ग्राम संख्या | र्मंच्या अन्य स्त्रोत का | | | RCE | | | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सक्षामता राती | |
| 1. | Sce | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | |

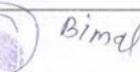
DECLARATION by APPLICANT: अपनेतम द्वारा प्रतिपत पत

- 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, its fisble 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) में चोक्या करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकास मेरी चानकार्य के अनुसार साथ पूर्व वाही है। मीद कोई विकास पूर्व करान आराप पाय जाता है तो मेरी सहस्रक विकास की जा सकती है।
- 2) मेरे हारा जो महायक सीत "कोशिका फारान्टेशन", से ती जा सी है, तसका प्रपर्धन वसी त्रंतन की चूर्त के लिये किया जारेच, जो इस प्रकृत में मार एक है।
- मैं पुष्ट करता हूँ कि निम सतायत हेतु यह प्रार्थन को नई है, इस राश का स्वतिक या सकत दिस्ता किसी अन्य क्रोठनियोवकार्याय कम्पनी में न तो तिया है और न ही चांक्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (writer and wort)

- 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 verbel, 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 seld 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 प्रथम पर अपने वातासा पा अंधते की साम तायावर, में (अलंदक) अपनी सत्याति को पुष्टि करता हैं एवं "क्षेतिका पार्डकेशन और उराके न्यातीयों " पत्र अधिकृत करता हैं कि मैच चम, पत्र, पतेंडी और वो विकास इत प्रथम में पीया है, उसे "क्षेतिका" एवम् न्याती, एउम, प्रथम पत्र पूर्व उर्द्रश्य से जुड़ी पतिविधिकों और अस्तात्रिकों में किसी भी प्रसार सम्माम से प्रसार करने के तिए अधिकृत है। भी प्रथम का विकास मेरे इताज को पारते पत्र करने के तिए अधिकृत है। भी प्रथम का विकास मेरे इताज को पारते पत्र करने के तिए "क्षेतिका चाउड़ीकर" स न्याती अधिकृत है।
- 2) मैं (आयेरक) इस बत से सवयत मूँ कि गैस चाम, पात, पतेलें और विवाल जो कि सहायत के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायत का शकरार नहीं चन्नात इस सम्बंध में "कॉटीका" एवन् उसके न्यांसिकों या निर्मय जीए और बास्पकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION अरोपेस को प्रशाहर चा अंगूडे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPRIN EN WEI)

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 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 patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.
- In the matter.

 हमारे अभिकृत, हस्ताकरी की और से मामले/योगी को "कॉर्सका करवायोशन" से विदिय सहायक हेतु सिमारिश की कार्त है, किसे हम (हम्पाक्त) निम्न प्रकार से मान्य व स्थानार करते हैं।

 1) का कि न के मानिक और न ही पविषय में विदिय सहायका किसी की सरकारी परिमान का किसी क्षान करते हैं। उस ऐसी-मानले में लेंने मा ते हैं है, मैसे कि हमने "कोरिशका कारविश्तन" से सिमारिशकियांनि उसक के सम्बंध में "कोरिशक कारविश्तन" हात गरद हेंदू कि हैं। यदि "कोरिशक कारविश्तन" हात सहस्र के सम्बंध में "कोरिशक कारविश्तन का
- 2. "क्वीसिका कात-बेशन" सं तो गाँ सहारता केमल विधित प्रकृति की है। ऐसी पर इत्यतल हात में मई सल्वड या किये गये उत्यत्य/प्रिया या मुख्य रोडे एवं इत्यतल के कीच का सिप्य है और "क्वेंसिका फारा-बेशन" हमा सिप्यी प्रधार का कोई एवंब नहीं है। इसलिये इत्याल में ग्रेंगी के इलाव मुख्या और उसने को मारी कियेदारी रोखें एवं इत्यत्वल की शोध और "क्वेंसिका" मी कोई मुच्कित या सिम्पेएसे इस प्राप्त में नहीं होगी।

PECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थाक्ती के लिए बंग्लीय

DT. Briatin Single

OT. Briatin Single

(Name of Surgery
अंगरन को तार्थेख

(Name of Dr. Manue)

(Name