APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)							Koshika	
APPLICATION No.:	A 0219 0794 APPLICATION DATE: 11 02 19			Building block of life.				
NAME OF APPLICANT:				AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX शिंग		-		
FATHER'S/SPOUSE'S ! चित्र/कटुम्प का जम	WALE: Vadu	Ram						
Mozil Mel	halls, ?	PRESENT RESIDENCE ADDRES	33 q	र्तमान आवासीय पता				
coist.	- Bhazz	MANENT RESIDENCE ADDRES	\$: E	० १२ याई आवासीय पता			Preop. Postop	
		as Above					Devi Devi	
OCCUPATION: HOUSE WIFE TOTAL ANNUAL INCOME:					MARRIES (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income)			
ষ্টুর হার্থিক নাথ PAN No. মধ্যই প্রচর হর ক্ষিত্র স্বর্থার মধ্য				Was I No.		आय का साध्य	संलम्न) <i>NA</i>	
अप अप वर दाश	(जो मान्य हो उस	पर सढ़ी का निशान लगाये।	AMILY	Yes / No हां / नहीं / DETAILS परिवार !	_			
Sr. No. THE STORE	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) ডয় (বৰ্ণ)		Gender लिंग		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
	N	A						
		BASIS for REQUESTING AS	SEST	NCE (Tick whiches	ver is	anniicable)		
BPL Can	4	सहस्यता के लिये विनर्श EWS Certificate		IK .	on Ca	200		
(Attach Card Copy) गरीकी रेखा के तीचे प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसाद करे।		(Attach Certificate Copy) आप आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संतर्भ व	e Copy) ਰੂਗ ਦਰ		ultach Copy) पर्योक्ता कार्ड ही छाया प्रति संसन्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
				UESTING ASSISTA गये विनती का उर्देश				
Sr. No. ऋम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास्थ्यांस्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
(D)	Diagnosis - RF - IMSC							
(1)	Suagea	7 -	KE	- SICS	+1	OL		
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई ल					ES	
Sr. No. ऋम् संख्या	NAME of OTHER SOURC अन्य स्त्रीत का गाम						of ASSISTANCE BEING AVAILED शी. गई. सहायश्च. राशी	
()	SCEH							

DECLARATION by APPLICANT: SPRING THE VITE WE

- 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, liable for rejection/cancellation.
- 2) 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 assistant 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 चोषणा करता है कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकाश एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरात की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायत सीर "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- मै पुष्ट करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीश का अरिशक का शकत हिस्सा किसी अन्य प्रोटानियोजकाचीमा कमानी से न तो लिखा है और न ही समिष्य में सुँगः।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार करा)

- 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 हस्ताक्षर का अंगते की साथ लागकर, में (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्यक्षण और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, कात, कोर्त और जो किवरण इस प्रपन्न में क्षेत्रिक है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, मानवात्मा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपन्न का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउड़ीसर" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहयत हूँ कि मेरा नाय, पता, फोटो और विवास जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "बोतितका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : कालंदक के इसलाहर या अंतुर्व का निवान

RIGHT AGREEMENT by HOSPITAL (STATES BET 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 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

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 अधिकृत, हस्ताक्षी की ओर से मामलेपीगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्प्ताल) शिन प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तवान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उका ग्रेगी,णामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विन्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता जिनति आशिक/सकल हेतु मन्युर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संख्या या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्धाकत रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय मदद उका ग्रेगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगाशीगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से ली गई सहायता केवल विशिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार ची गई सलाह चा किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज मुख्ता और अने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए					
Date of Surgery ऑपरेशन की तरीख	Dr. Dharm Singh (Name ghes 4 Begin No. With Statep) Sinci 하는 기자 중示的 4 전 1	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory port behalf of Hospital) A 1978 Figure Stamp of Marit				
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUN	NDATION अन्तरिक उपेपीन हेर्				
SIGN	IATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इन्ताधर 2				
8	fungel	· lite				