APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय रेखपाल)					Koshika	
APPLICATION No. : V	0219 12	234	PPLICATION DATE :	25 02 19	Building block of life.	
NAME of APPLICANT :	-		AGE-YEARS ST			
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिशा/कटुम्प का नाम	OTO	ida LOP RESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पर		A PRODUCTION OF THE PROPERTY O	
- (5)	heods,	Barauli			Proop Postop	
Dis	PERI	MOTHUSCO	P . 2413 स्थाई आवासीय पता		[234) Harry	
		Same as arobe				
occupation: House will				'MARRIED (দিবারিবা) / UNMARRIED (সবিবারিবা)		
TOTAL ANNUAL INCOME कुल व्यर्थिक आप	1	4	(Attach Proof of Income) (आय का साध्य संस्पन)			
PAN No. 1915 TEST WEST	U seereere mu	k whichever is applicable):	Yes / N	lo		
स्य अप अप कर राज है	(यो यान्य हो उस	पर सही का निशान समाये।	हाँ / न	nt C		
Sr. No.	Name	of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	ulian Jonks	र के सदस्यों कर नाम	রয় (বর্থ)	Refri	आवेरक के राज्य सम्बद्ध Husband	
(2)			4-0	и	Son	
	Beero		- 100		Son	
(3)	Mukesh		36	М	2 - 518 to 1	
(9)	keri		32	F	Daughter	
		BASIS for REQUESTING ASSI संहायता के लिये विनति ।	STANCE (Tick which	hever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करें।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आव वर्ष प्रयाम पत्र (प्रमाम पत्र की क्षम्या प्रति संस्थन को	Ration Card (Attach Copy) तपमोकता कार्ड हो। (प्रमाण पत्र की क्राय प्रति संसाम को।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
		"PURPOSE" for R सहायता हेतु वि	EQUESTING ASSIS	TANCE: (देस्द:		
Sr. No. क्रम संख्य	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	RE 1/45°C					
	LE TMSC					
	Surgery - RE SICS, +IOL					
		aredon				
	i Induito	ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	सहायता किसी अन्य	स्थोत से तिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR		CE AMOUNT		r ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहापता रामी	
	300	Н		100		

DECLARATION by APPLICANT: SUDGE 100 VEVOS 43:

- 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 assistantiable 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.
- मैं योषण करता हूँ कि इस प्राप्त में ऐसे नवे तथी विवाल मेरी वानकारी के अनुसार साथ एवं तारी है। यदि कोई विवाल एवं करता शासाय पाया वाता है तो मेरी सतायत निरस्त की का सकती है।
- 2) भी इस जो सारका राति "कॉनिका कान-देशन", से सी का की है, उसका रुपबोप दक्षी उपेश्य की पूर्ति से किया कर्मण, जो इस प्रारूप में पर एस है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिल स्वापण हेतु यह प्रार्थन को गई है, जम ग्रांस का अविक मा सकत दिन्या कियों अन्य ग्रोशियोजकाथीय कन्यां से न से दिन्य है और न ही पविष्य में लीका

AGREEMENT by APPLICANT (STREET DR WOL)

- 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 solety with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इस्त्रका या अंग्रे की साथ लाएकर, मैं (अवदेशक) अपनी सहयति की पुण्ट करता हूँ एवं "कोशिकर प्रश्नदेशन और उससे प्रासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मैद ताम, पात, जोटो और वो विकास इस प्रश्न में वोधित है, उसे "कोशिकर" एतम् त्वाकी, पान, व्यावक्ष्य दूसने उत्तरेशन से जुड़ी मतिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी भी प्रश्न साध्यक्ष में प्रशास करने के तिय अधिकृत है। मेरे प्रशास का विकास मेरे इसाव को पहले का बाद में करने को तियु "कोशिकर प्रशास को प्रशास का विकास मेरे इसाव को पहले का बाद में करने कोशिकर प्रशासिक प्रशास का विकास मेरे इसाव को पहले का बाद में करने को तियु "कोशिकर प्रशास का विवास मेरे इसाव को पहले का बाद में करने को तियु "कोशिकर प्रशास का विवास मेरे इसाव को पहले का बाद में करने को तियु "कोशिकर प्रशास के प्रशास का विवास मेरे इसाव को पहले का बाद में करने को तियु "कोशिकर प्रशास के प्रशास का विवास मेरे इसाव की पहले का बाद में करने को तियु "कोशिकर प्रशास के प्रशास का विवास मेरे का विवास माने का विवास मेरे का विवास माने का विवास मेरे का विवास माने का विवास मेरे का विवास माने का विवास मेरे का विवास मेरे का विवास माने का विवास मेरे का विवास माने का विवास मेरे का विवास माने का विवास मेरे का विवा
- 2) मैं (आगेरक) इस बात में सहमत हूँ कि मेठ नाग, पता, फोटी और कियरण जो कि सकावता की उप्तेरणों में आणित है मुझे स्वत: सहायता का तकाता नहीं भगता। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके म्यामियों का निर्णय अंतिम और कामकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : SORRE WE STREET TO MIGH WE STREET



AGREEMENT by HOSPITAL (ETFER STO WOLL)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/potient 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 fulf, 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 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.

हमते अधिकृत, हस्तावरी की ओर से मानाकेरीयी को "बोरीयना फाउन्बेशन" से बिरिय सहायदा हेतु निक्क्षिण की आधे हैं, जिसे इन (हस्तात) निम्न इक्तर से माना व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न वो वर्तवान और न ही पविष्य में निर्मिय सहायदा किसी पैर सरकारी संस्थार या किसी अन्य कोर्ग ते उसन केरीलायले में लेंगे था तो है है, जैसे कि इनने "बोरियक फाउन्बेहन" हो विश्व किया की है।

विकरिशकियरिय क्षत के सम्बंध में "कोरियन फाउन्बेशन" हात करत हेतु कि है। यदि "कोरियक काउन्वेशन" हात सहस्था विश्वी करियक मानाकत हेतु मन्तुर नहीं किया कात है से अस्पायत कियों अन्य वेट सामाजित कीरियक की सम्बंध में एक्ट कहा थाए है कि अस्पायत दिवीय मानाकत से प्रशासन होने का अधिकार सुप्रिय रखता है। इस पुष्टि में एक्ट कहा थाए है कि अस्पायत दिवीय मात उन्होंने करते किया कीर्यक्तर होते किया कात है से स्वरंधन कीर्यक्तर कीर्यक्तर कीर्यक्तर की कीर्यक्तर कीर्त कीर्यक्तर कीर कीर्यक्तर की्तर कीर्यक्तर कीर कीर्यक्तर कीर्यक्तर कीर्यक्तर की्तर कीर कीर्यक्तर कीर्त कीर्यक्

मैर काकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेखालेखे।
2. "कॉरिका परम्पंतर" में भी मर्न सकारत किसिप प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सामाह या किसे गये उपकारप्रक्रिया का पुराब रोगी एवं इस्पताल के बोच कर विवय है और "कॉसिया परावस्तेशन" द्वारा किसी प्रकार का नोई एका नहीं इस्पताल में रोगी के इल्हान सुरक्षा और आने को सारी दिव्योदार की लोगी प्रकार का नोई एका नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इल्हान सुरक्षा और आने को सारी दिव्योदार की लोगी प्रकार का नामां में नहीं होगी।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अपनीम डेव

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याची क्रमण्या । SIGNATURE OF TRUSTEE 2