C19/03/0128

APPI		ORM FOR ASSISTANC तू आवेदन प्रारूप		thcare) (रेखपाल)	Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A 103	9 0859	APPLICATION DATE	: 04/03/1	MANAGEMENT AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE P		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	-	mba Devi	AGE-YEARS		000		
FATHER'S/SPOUSE'S पिटा/कटुम्प का नाम	NAME .	PRESENT RESIDENCE ADDR	tESS वर्तमान आवासीय प				
village -	Hameen			(I)			
Dist Alway Rajathan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्पाई आपासीय पता					Porcop. Port op.		
		а	8 9bove		0859 Ramba		
OCCUPATION : व्यवसाय	House	Wife		MARRIED (R	TEG) - UNMARRIED (अधिवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	ME:	9,000		(Attach Proof (आय का सार	of income) श्य संसम्भ) Mg		
PAN No. स्थाई खाता संर ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	TAX ASSESSEE	VC (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes/(हां/	No Hell	Andrew Colonia		
			FAMILY DETAILS परिव				
Sr. No. क्रम संख्या	N: য	ime of Family Member रेखर के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম্ম (বৰ্থ)	Gender सिंग	Relation with Applicant अरवेदक के साथ सम्बंध		
				11			
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि	ASSISTANCE (Tick whice	hever is applicable)			
BPL Can		EWS Certificate		Ration Card	Any Other		
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे।		(Attach Certificate Copy अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्राया प्रति संलग	() (A	ittach Copy) पमोक्ता कार्ड ही छाषा प्रति संलग्न करे	Basis/Proof		
			for REQUESTING ASSIS				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न विकास अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
	IF - Insc						
		3//					
2.	Surgery - RE-SICS+IOL						
- V		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAME "PURPOSE	from OTHER SOU	RCES		
Sr. No.	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य र NAME of OTHER SOURCE				IT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	L	अन्य स्वोत का ना	7		सी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: अस्टेस्ट हुए। पोचना पर:

1) 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 ass. 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

was requested by me. 3) 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 for which this assistance is requested.

- 1) मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रकर में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता जिसत की जा स
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राति "कोतितका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सरा गया है।
- मैं पुष्टि बरता है कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गति का व्यक्तिक मा सकत दिल्ला किसी अन्य स्रोद/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक क्षण कार)

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 प्रपट्न पर अपने हस्ताधर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आबेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेध नाम, पत, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याधवा/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम

में प्रसारित करने के लिए ऑपक्त है। मेरे प्रपत्र का विवाण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी ऑपक्त हैं।

2) में (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशका" एवम् उसकं न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के इस्ताधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्लाल द्वारा करार)

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 assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "क्रोतिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की खाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायत किसी गैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फरान्येशन" में सिफारिश्याविनति उवत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वापता विनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्मध्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त देवी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लो गई सहायता केवल विविध प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीथ का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" की कोई मूचिका या जिम्मेदारी इस यागले में नहीं होनी।

RECOMMENDED	FOR ACCEPTENCE	ı
स्वीकती के	लिए संस्त्रति	

Date of Surgery 05/03

(Name of Dr. & Regts No. With

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

Or. Shrolls on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी हस्ताशर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2