APPLICATION FO		M FOR	ASSISTANCE	
सहायता	हेत	आवेदन	प्रारूप	ī

(Healthcare) (स्वास्यय देखमाल)

APPLICATION No. :	A	0419	00
NAME of APPLICANT:	+	an	

0061 1419

APPLICATION DATE: 22 04 19 आवेदन तिथी

AGE-YEARS अप्र-पर SEX Rite 63 M

आयेरक का चय FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Bhose Lat पिता/कटुम्म का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय परा

Naiyon noncella. hanasasi Ch - Tharmari mist.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: FUE SIGNATOR VIII - Al 4000

as above

OCCUPATION: रुवयमान

कुल वार्षिक आग

abources

70,000

MARRIED (विवारित) / UNMARRIED (अविवारित)

(आय का साध्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता गांडाय

TOTAL ANNUAL INCOME:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चला है (जो मान्य हो उस पर सही का निरान लगाये।

Yes / Ro

		FAMILY DETAILS VITUE	विवरण	NAME OF TAXABLE PARTY OF TAXABLE PARTY.
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) ভয় (বর্থ)	Conder Riv	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
(1)	Kasve	79	M	Son
0	dindyale	Quey-	Ph	SON I
	deen datal	29	M	Son
	DASIS for DECUESTING	ASSISTANCE (Tick which	our le anollouble)	

सहायता के लिये विनति आधार

**BPL Card** (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रयाग पत्र (प्रयाण पत्र की साथा प्रति मांतप्य करे।

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रयाण एव (प्रचान पत्र की छापा प्रति संलग्न करे।

Ration Card (Attach Copy) उपमोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की काय प्रति चंतान को।

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. क्षम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से चारी की गई प्रतिबंदन सूची संतरन diamoni 101+2212 SUSTEPHE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस वर्तरत के हुई नाई अन्य स्थापना क्रिया अन्य स्थाप स स्थाप स स्थाप						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोठ का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी. गई. सहायश. उसी				
7.	SCEH					

## DECLARATION by APPLICANT: ARREST SHE WHYN YES

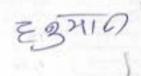
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistal, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not 8 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 चोषण कात है कि इस प्रारूप में ऐसे गये सभी विकाल मेरी चानकारी के अनुसार साथ एवं नाड़ी है। चौर कोई विकाल एवं कावन आतान क्रम जात है तो मेरी सकावक निरांत की जा सकते
- 2) मेरे द्वार जो भारपद सीत "बोलिका फाउन्डेशन", ये सी या सी है, उसकर उपयोग उसी उपेरव की पूर्वि के लिये किया कारेगा, जो इस प्रकल में मरा गया है।
- मैं चुंच करता हैं कि दिस सहस्ता हेतु यह प्रार्थत की माँ है, यस रति का व्यक्तिक म सकत दिस्ता किसी कर क्रोक्तियोजक बीम कम्मचे से न तो तिया है और न ही पविष्य में सुँक।

## AGREEMENT by APPLICANT (SPIRE EIT WOR)

- 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 प्रत्य पर अपने इस्तावर या अंगठे की बाप लाउकर, मैं (आपेएक) अपने सहयति की पुण्ट करता हूँ एवं "कोशक्त फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मैर सम, पछ, फोउं और वो विकास इस प्रवत में भोषित है, जो "कोशिका" एकर् न्याती, यन, व्यवसाय सुत्रे व्यवस्था में प्रतिकाण प्रत्य का विकास मानाय से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (ब्रावेटक) इस मात से सहस्ता मूँ कि मेर प्रम, पता, पीटो और विभाग को कि सदावता को उद्देश्यों से प्राणित है मुझे स्वतः सहायता का इकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशियत" प्रथम प्रमान के स्वतिम्य के प्राणित के प्रमान की सम्बंध में "कोशियत" प्रथम प्रमान के स्वतिम्य के प्रमान के प्

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेएक के शरताधर या अंदूर्त का निवान



## AGREEMENT by HOSPITAL (\$1989) \$10 WIT)

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 luture 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 evail 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 अधिकृत, इत्यक्षरी की ओर से मामाने छेपी को "कोशिका पारन्येशन" से विदेश स्थानक हेंदू सिपारिश को कार्य है, दिसे इस (इत्यक्षर) निम्न प्रकार से मान्य **व स्थीकार करते हैं**।

- 2. "क्वेंतिका परतनोतान" से भी गई स्वायत क्रेमान वितिय प्रयूति की है। रोगों पर इस्यापन द्वारा पी गई यतप्रद का वित्ये गये उपकारप्रक्रिया का पुस्तव रोगो एवं इस्पतान
- के बीच का विश्व है और "कोत्रिका पातनोत्रन" प्राप्त विभी प्रकार का कोई एका नहीं है। इस्सीवये इत्यातल में रोचे के इसाम सुरक्षा और अने जाने की राजी निर्मादारी ग्रेणी एवं इत्यातल को कोड़ी और "कोत्रिका" की कोई कोड़का पर विकास का विभाग है।

की होचे और "कोशिया" थी चोर्च चूमिका या निर्म्मणी इस यामते में नहीं होती। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE रजीक्ती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** 6 MASSEY Dr/Djarm Singh (Name, Designedon Britistropof Authorised Signatory Dr. Shroffe belad of Hospital) नाम व पर इसकार ऑपस्ट अधिकारी (Name of St. & Rear, No. with Samp) 可保护员 可以他可可应各种名称 अपनिरक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तासा 2 वसी प्रस्तकाः ।