						019/04/0804.	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)						Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A 04	19 0063	APPLK आयेपन	CATION DATE: 22	114/19	Building block of life.	
NAME of APPLICANT	· Lotesi	nana Devi		GE-YEARS आदु-वर्ष	BEX fely	0	
STINES ST THE FATHER'S SPOUSE'S NAME: Parabhy Payal				52 F			
PATHER'S/SPOUSE'S पिगा/कटुम्प का नाम	HAME: (P)	reabhy Dayal				M-W	
Village -	madhe	PRESENT RESIDENCE ADDR	RESS वर्तम	न आवासीय पता १८७० -			
Ditt.	Alwar	Rajostha	ln.			POLEOP. POSTOP.	
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDR				0063 Likshma	
		04.0	DOV(2		Devi	
44114						त) / UNMARRIED (अविचारित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 60 0 ©					(Attach Proof of Income) (आप का सास्य संस्पन)		
PAN No. THE THE T		Tick whichever is applicable):		Yes (No.			
म्या अप आप कर राख	है (यो मान्य हो व	स पर सतो का नितान समाये।		Yes (No हाँ (नहीं) ETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. फूम संख्या	Name of Family Member परिवार को सदस्यों का गाम		Ag	Age (Years) Conder		Relation with Applicant	
क्रम संख्या	41	त्यार के सदस्या का गाम	- 0	प्र (वर्ष)	felu	आवेदक को साथ सम्बंध	
-1.	Victoria			91 1	(I)	C	
		usingm.				Jon.	
			+				
			+				
		BASIS for REQUESTING सहत्यक्षा के लिये वि	ASSISTANG	CE (Tick whichever is	spplicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रचाम पत्र की सामा प्रति संसम्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Cop) अल्प अध्य वर्ग प्रयाण एव (प्रयाण पत्र की स्राया प्रति संस्थ		Ration Card (Attach Copy) उपभोतता कार्ड (प्रयाग पर की सम्ब प्रति संतन्त करें।		Any Other Basis/Proof জন্ম কাই মাধ্য	
				STING ASSISTANCE:			
Sr. No.	सलायता हेतु किये गये विगती का उन्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्य	Diam		सम्बास/इविट हि	र से चारी की गई प्रतिवे — 1000	दन सूची संसन्न		
	Diagnosis - RE- PP LE- IMSC						
	LE- 11-DC						
2.	Surgery - LE-SICS + IOL						
		A claude of					
	1						
		ABSISTANCE BEING AVAILS इस उर्दश्य के हेतू कोई	ID for SAMI अन्य सहायत	E "PURPOSE" from O । किसी अन्य स्वोत से 1	THER SOURCE लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम मंख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम			AMOUNT o	of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता गरी	
1	SCEH						

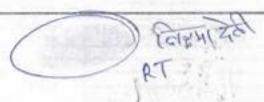
DECLARATION by APPLICANT: MINTER DO WITH WEL

- 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. Bable for rejection/cance/faston.
- is solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assists
 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/employen/nsurance company, of the amount of which this essistance is requested.
- मैं फोरणा करता है कि इस प्राचय में दिये परे पानी विवास मेंने जानकारी के अनुसार राज्य वर्ष जहीं है। यदि कोई विवास वर्ष काम अग्राय पान जात है तो मेरी सहायक निरस्त की का सकती है
- 2) भेरे हारा जो सहायता पति "कोतिका परान्देशन", से सी पा रही है, उसका उपयोग दशी वर्राप्य की पूर्वि के तिथी किया व्यक्ति, जो इस प्राप्य में यह यस है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायत हैतु यह प्रार्थन की गई है, उस पति का सरितट क सकत दिस्सा किसी अन्य क्रोडिंग्संबक्षणीय कम्पनी से न से लिया है और न ही परिवय में मुँका

AGREEMENT by APPLICANT (ander the 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 furtiment 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 requestedigranted, 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 प्रथा पर अपने वत्तावार या अंगठे की साप स्टायकर, मैं (आवेदक) अपनी सक्यति की पुष्टि करता हूँ पूर्व "कोशिका कार्यक्रेशन और उससीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मैठ कम, क्षता, कोशे और यो विवादिक से साथ में योचित है, अमें "कोशिका" एकर् पानी, याप, व्यापकाय पूक्ते उप्तेरव से खुडी परिविधिकों और उपस्तिकों के सियं किसी भी प्रधार माध्यन से प्रशासिक करने के सियं अधिकार है। मेरे प्रथा का विवाद मेरे इसक के पहले वा कार पे करने के सियं काशिकार कार्यकेंवर" या नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्वयन हैं कि भेरा गाम, प्रत, फोटो और फियरन जो कि क्यापता के उन्हेंदनों से आर्थित है मुझे स्वतः सहायता का इकदार नहीं बनता इस सम्बंध में "क्षेतिका" एक्प उसके न्यारियों का निर्णय और वायवहारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: soites के क्रशास पा जीते था विवटन



AGREEMENT by HOSPITAL (SPRING SIG WIR)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/petient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we reliter 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 petient/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 prangament 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 अधिवृत, हातावादी की ओर ये मामाने दोनों को "कोशिया पायन्देशार" से निर्देश स्वापात हेतु तिरकारित की बातो है, जिसे इम (हरपातत) दिन्न प्रकार से मान्य **य स्वीकार करते हैं**।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही मिल्ल मं वितित सहायात किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य कोत से कात रोगी-जामले में लेगे या से रहे हैं, नैसे कि इसने "क्वेरिका फाउन्देशन" हो सिकारिस/बिनीट व्यव के सम्बंध में "क्वेरिका फाउन्देशन" होते कि है। मिर्ट "क्वेरिका फाउन्देशन" होते सहायात विनिध्न मारिकारिस के के मिल्लाका किसी अन्य मैर सावती संस्था मा विन्ति अन्य सामाध्य से से सावती संस्था मा विन्ति अन्य सामाध्य से से सावती संस्था मा विन्ति अन्य सामाध्य से सावती संस्था मुर्पिक एकता है। इस पुष्टि में स्पन्त बना कात है कि आपातर दिवीय मार व्यव सेपी-पामले हेत्र किसी गैर सरकारी संस्था मा किसी अन्य सामाध्य से नहीं लेगा लेगी।
- 2. "क्वेतिका पाल्येशन" से ली मई महायदा क्षेपल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्ताहर प्राय में पर्य प्रशास मा किमे यह उपकारप्रतित्य का पुनन ग्रेगी एवं इस्ताहर को कीम का विवय है और "क्वेतिका फाउन्टेशन" प्राय किसी प्रकार पर कोई दक्षण पत्री है। इस्तिये इस्पत्रल में रोगी के इत्ताब सुरक्षा और अने को को को किसेदारी ग्रेगी एवं इस्ताहर की बोगी और "क्वेतिका" की कोई सुनवा पर विवयंग्री इस प्रवास में पत्री कीम "क्वेतिका" की कोई सुनवा पर विवयंग्री इस प्रवास में नहीं कोगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

रवीकृती को शिष्य दोस्तृति

Dr. Diparm Singh

UMASSEY
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

Progr No. महन्य महिन्द

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SERVE उपयोग देते

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मानी प्रस्तार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

मानी प्रस्तार 1