A.				C19/04/080
	TION FORM FOR ASSISTAN ायता हेत् आवेदन प्रारूप	(स्वास्य	lthcare) य देखभात)	Koshika
APPLICATION No.:	0419 0065	APPLICATION DAT	E: 22/4/19	Building block of life.
NAME of APPLICANT :	Caxmon	AGE-YEARS	0.0	
FATHER'S SPOUSE'S NAME	: Banshi Dhar	1 42	111	
थेत⊬कटुम्थ का गाग	PRESENT RESIDENCE ADD	RESS वर्तपान आवासीय	पता	
U		Ch Thomas	5031,	Trans
Dist All	PERMANENT RESIDENCE ADD		di .	Poccop. Postor
	OL C	arone_		0065 lauman
OCCUPATION: LON	Solibecte		MADDIED AND	R) / UNMARRIED (अविश्वतित)
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME :	25000			(Income) N A
मुल वार्षिक काप PAN No. स्थाई खाल संख्या	677			सतम्)
ARE YOU AN INCOME TAX A हवा आप आय कर चता है (यो	SSESSEE (Tick whichever is applicable) मान्य हो उसे पर रही का निशान सम्बर्ध।	Yes/	No '	
Sr. No.	Name of Family Member	FAMILY DETAILS VIR	वार विकरण Conder	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सरस्यों का नाम	उद्य (वर्ष)	Rfq	आवेदक को साथ सम्बध
Ú	ANKI	17	14	Son
0	P.S.H.	19	1.f	daughter
	BASIS for REQUESTING सहायता के लिये !	3 ASSISTANCE (Tick whi विनति अरुधर	chover is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पर की साथा प्रति ग्रांतान करे।		py) (	Ration Card Attach Gopy) १९भोस्त कार्ड की क्रमा प्रति क्षेतन को।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		for REQUESTING ASSI हेतु किये गये विनती का उ		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
क्रम संख्या	ling notis -	अस्पताल/बॉक्टर से चारी की गई प्रतिसेदन सूची संतरन ————————————————————————————————————		
	-0	LE- PP		
	1	r ere	0 1 7.1	
2. 3	wystay -	E - SIC	8+101	
	MILITARE TO SERVE			
	ASSISTANCE BEING AVAIL इस उर्दरेश के हेत् को	ED for SAME "PURPOSE अन्य सदायता किसी अन्य	E" from OTHER SOURC स्त्रोत से लिया गया हो?	ES
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SO अन्य स्थोत का न	SURCE		of ASSISTANCE BEING AVAILED श्री गई सहायता रात्री
	SCEK			

## DECLARATION by APPLICANT: आग्रेटक झुन्न प्रेमपा पर:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any felse statement will render my Application & ongoing assistant liable for rejection/cancellation.
- I solernity confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such each 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 anifor which this assistance is requested.
- मैं चोबन्त करत मूँ कि इस प्रकल में दिये भने रामी निवरण मेरी भागकारी के अनुसार साथ एवं तारी है। मदि कोई विवरण एवं पायन आपना पाम जात है तो पेरी सहाबता निवस की का सकती
- 2) भी इस मो सहस्ता गति "कोशिका परवनीशन", से सी मा जी है, उसका कारोप उसी उरेस्य की पूर्वि के सिमे किया वार्वण, जो इस प्रक्रम में यह गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि निस सहस्था है। यह प्रार्थक की यह है, इस पति का सारिक या सबस किस्ता किसी अन्य बोफ़्रिकोवकाबीय कन्यमें में न से लिया है और न हो चीवका में सुवा

## AGREEMENT by APPLICANT (SPRING UT WOT)

- 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 प्रथम पर अपने इस्ताबर या अंगते भी प्राप्त समामार, मैं (आनेपक) अपनी सहयदि की पुष्टि कता हूँ एवं "कॉरिएमा फाउंडेप्टन और उपको मार्डाचें " को आधिकृत करता हूँ कि चेड चान, मार्ग, परेत और वो दिवरण इस प्रयप्त में चीविव कि. तमे "कॉरिएमा" एकन् न्यानी, एन्, व्यवस्था दूसरे उप्रेरण से बुढी पतिविधियों और उपलब्धियों को तिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के तिया अधिकृत की से प्रपट्ट का विवरण भी इत्तवन के पहले का करने के तिया "कॉरिएमा फाउंडेसन" मा न्यानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बार में सहस्ता हूँ कि मेरा चाम, पता, फोटो और विवास को कि सहायता के उर्देश्यों में प्रार्थित है पुझे स्वत: सहायता का इकदात नहीं कहता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवप उसके नहींग्यों का निर्णय अंतिम और कामपार्थी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अस्पेरक को इस्टावर पा जोड़ो का विद्यान

लाकामण स्थीती

AGREEMENT by HOSPITAL (SPIER ER WO)

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 assentially 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.

हमारे अधिकृत, हरवाक्षी की ओर से सम्प्ले-पेगी को "कोशिना फाउन्देशन" से विशेष सहायता हेडू शिकाशित की आती है, बिसे हम (हरपताल) मिन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

हो होने और "बोशिया" को कोई मुक्ति या विश्वेष प्रमाणन में को होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

(अविकार को वर्गिया

(Name, Designation के बोर्गिय के क्षितिक के क्षतिक क