C19/02/0071

APPL		FORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप		hcare) देखपाल)	Koshika
APPLICATION No.: V 049 0050 APPLICATION DATE: 150919					Building block of life
NAME of APPLICANT : आनेदक का नाम	Viscen	Lua Singh	AGE-YEARS ST	यु-वर्ष SEX सिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S N पिता/कटुम्प का नाम	Ch	ngdan Singh	s वर्तमान आवासीय पत	т	4 4
	DixH		201302		Preop Pontop
		who as above	: સ્વારૂ આવાસાથ પતા		(0050) Virendog Singh
OCCUPATION: Unemployed MARRIED (PORT)					t) / UNMABRIED (अधिवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM জুল আর্থিক এয়থ PAN No. মুমার্থ প্রাারা মাঞ্চ	N	A		(Attach Proof of I (आय का साध्य र	ncome) संतान) NA
ARE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes/No शां/ मर		
Sr. No.	N	FAI ame of Family Member	MILY DETAILS परिवार Age (Years)		
क्रम संख्या	ч	रेवार के सरस्यों का नाम	उस (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant अरवेदक के साथ सम्बद्ध
		BASIS for REQUESTING ASSI सहायता के लिये विनति ३	STANCE (Tick whiche সাম্বা	ver is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सारा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाग पत्र (प्रमाग पत्र को खादा प्रति संसम्म करे।	(Atta	ion Card sch Copy) iक्ता कार्ड क्रम प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
			EQUESTING ASSISTA ये गये विनती का उद्देश		
5r. No. इस संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न				
	RE INSC				
	IE - IMSC				
	Sun	DENLE OB STOR	+ 101.		
10		0 / 0 - 1	S. D.		
	r	ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उर्दरिय के हेतू कोई अन्य र	SAME "PURPOSE" IN	om OTHER SOURCES ह में सिक्क गया को?	A A
Sr. No. इस्म संख्या	NAME of OTHER SOU अन्य स्थोत का नाम		AMOUNT of A		ASSISTANCE BEING AVAILED
1	SCET	1			

DECLARATION by APPLICANT: SERVE GIT VIVET VE:

- 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 assistant
 liable for rejection/cancellation.
- solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assist
 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 ambiguity which this assistance is requested.
- 1) में घोषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाण जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वार जो सहायत राशि "कोशिका फाइन्देशन", से भी जा स्त्री है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में परा गया है।
- मै पुष्टि करता है कि किस सहस्थत हेतु यह प्रसंद की गई है, उस एति का अधिक या सकत हिस्सा किसी अन्य छोठनियोजकाबीया कम्पनी से न तो तिया है और न ही परिष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (strick got wort)

- 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 प्रयत्न पर अपने हस्तावर या अंगठे की छाप लागकर, मैं (आवंदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेगन और उसके न्यासीयों " को अधिकृद करता हूँ कि मेरा नाम, पतंत्र और और वो विवास इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोतिका" एक्स् न्यासी, रान, यायनाध्या दूसरे उट्टेंड्स से जुड़ी गतिविधियों और उपन्तीभयों के लिसी की प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए आधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से प्रतमत हैं कि मेश नाम, पात, फोटो और विकास जो कि सतायता के उर्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सतायता का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिव और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्तावर या आंगूडे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पतान क्रार 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 patienticase, 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 petient, 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, हस्तावरों को और में मानलेशीरों को "कोशिका पाउन्देशन" से विशिव सहायत हेतू सिकारिश को बाती है, विसे हन (हस्तातन) निम्न प्रकार में कन्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्गयन और न ही मुक्तिय में विशिव सहायत किसी नैंग साकार्य संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उस्त श्री मामले में होने या तो रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"

- में सिफारिश/विभी उस्त में सम्बंध में "क्षेतिका माज्येशन" हुए गरर हेंदू कि है। यद "क्षेतिका माज्येशन" हुए सहरक किया जा है तो अन्यता हिया जा है तो अन्यता हिया जा है तो अन्यता हिया पर उस्त ऐस्थियने हेंदू कियों मेर सरकारी संस्था या कियों अन्य सम्बंधन से सहायता तोने का अधिकार सूर्यता है। इस पूर्ण्य में उत्तर कहा जाता है कि अन्यता हिर्मण मार उस्त ऐस्थियनों हेंदू कियों मेर सरकारी संस्था या कियों अन्य साध्य से लियों अन्य संस्थ से लियों अन्य साध्य से लियों के लियों अन्य स्था से लियों से
- 2. "बोरिका प्रतन्तेशन" से सी गई सहायता क्षेत्रत विशेष प्रकृति की है। ऐसी पर इस्तवत द्वार में मानद पर किये गई उपयापादिक का पुराव ऐसी एवं इस्तवत के बीय का विषय है और "बोरिका प्रावन्तेशन" द्वार किसी प्रकार का बोई प्रकार नहीं है। इसलिये इस्तवत में ऐसे के इलाव सुन्ता और आने को को किसेंपूरी हैंगे द्वार इस्तवित के होती के इलाव सुन्ता और आने को को को किसेंपूरी हैंगे द्वार इस्तवित के होती के इलाव सुन्ता और आने को कोई पूर्यका पर विभोग्नी इस मामले में नहीं होती।

Dr. ABHISHEK HANDA को लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑस्ट्रेशन की तारीख MCI No.-09-35577

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ভাৰতে কা ৰাম ব ভাৰতে ব ৰতি, ব (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) নাম ৰ বং হমবাল অধিকৃত্ত অধিকাৰ্ট

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अल्लीक उपयोग हेतू

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर । SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्टाभर 2

Sufungel