C19 06					
 APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healti सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वस्थय 				Koshika	
APPLICATION No. :	A/0619/0212	APPLICA	ATION DATE	106/19	
NAME of APPLICANT :			E-YEARS =		460
FATHER'SISPOUSE'S पेराप्रस्टुम्म का जग	Har Wood				
Village.	PRESENT RESIDENCE		आवासीय पत	2000 100 200	Breop Postop
Dist -	PERMANENT RESIDENCE	ADDRESS: HIS	आवासीय पता		0212 Amar Sing
	ds above				
CCUPATION: FOLE ME				MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (কবিবারিত)
TOTAL ANNUAL INCOM मुस वार्षिक आय	WE: 72000			(Attach Proof of In (आय का सक्य सं	come) लान) MA
PAN No. THE THE THE	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicate	sble):	Yes / No) _	
मा आप आप कर दाता	है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगा	41	Yes/No शां/ ने		
Sr. No.	lo. Name of Family Member एया परिवार के संदश्यों का नाम		AMILY DETAILS परिकार विकारण Age (Years) Gender उम्र (वर्ष) सिंग		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध
क्रम संस्थ	परिवार के सदस्यों का नाम		(वर्ष)	शिंग	आवेदक के साथ सम्बध
	Rowtwin	3	5	mals	Son
	BASIS for REQUES सहायता को री	STING ASSISTANC लेये विनति आधार	E (Tick which	ever is applicable)	
BPL Car (Attach Card गरीबी रेखा के नीचे (प्रमाम पत्र की बाजा प्र	Copy) (Attach Certificat प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्र	अरूप आय वर्ग प्रमान पत्र		ntion Card tach Copy) मोकत कार्ड । सामा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
		OSE" for REQUES			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबेदन सुची संलग्न				
ment where					
क्रम संख्या	Diagnosix -	RF -	117	3.	
1.000 (0.000,000)	Diagnosix -	RE -	- faccolor		
1 444 14 14 14 14 14 14	Diagnosix -	RE -	P)		
1 444 14 14 14 14 14 14	Diggno Six -	RE -	P)		
(D)		LF -	P)		
(D)	Sugery -	RE.	- S	TCS -1 10	<u></u>
Sr. No.	Sugery Assistance being हम उद्देश्य में है। NAME of OTHE	RE AVAILED for SAME To all story resident R SOURCE	- S	from OTHER SOURCE बोट से हिया गया बो?	ASSISTANCE BEING AVAILED
D B	Surgery Assistance being to acted in the	RE AVAILED for SAME To all story resident R SOURCE	- S	from OTHER SOURCE बोट से हिया गया बो?	Mc

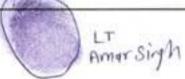
DECLARATION by APPLICANT: अलेरक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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, if any, liable for rejection/cancellation.
- I sciennity 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.
- I neceby 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 amount for which this assistance is requested.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवास भेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवास एवं कथन असलय पाण जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहावता एति "कोशिका फाउन्देशन", से सी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्टि करत हैं कि दिया सहायत हेतु यह प्रभीत की गई है, उस रिति का अधिक या सकत हिस्सा किसी अन्य प्रोतिनियोककाशीया कम्पनी से न तो तिथा है और न ही पविषय में लैंगा

AGREEMENT by APPLICANT (3000% DID WITK)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to userpublish/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 इस्ताधर या अंगठे की छाप लगका, मैं (आवंदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपद में मीवित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/चा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपद का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक चं हमतावर चा अंगुते का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (इम्पताल 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:

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्तक्षरों को ओर से मामलेशोगों को "कांशिका फाउन्होंना" से वितिय सहायता हेतू सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ल्झान) निम्न प्रकार से यान्य य स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्शायन और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त येगी/प्यमले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कांशिका फाउन्होंना" में सिफारिश/विश्वति उक्त के सम्बद्ध में "कोशिका फाउन्होंशन" हाय पदर हेतू कि है। यदि "कांशिका फाउन्होंगन" हाय सहायता विनित्त आशिक/सकत हेतू मन्तुर नहीं किया जाता है ते अस्थात किसी अन्य संस्था या किसी अन्य सम्बद्ध से सहायदा लेने का अधिकार सुर्गाधत रखता है। इस पूष्टि में स्थित कहा जाता है कि अस्थात द्वितीय पदर उक्त येगी/पामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/पोगी।

2. "क्रोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कंचल वितिय प्रकृति की है। ऐंगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपसारप्रक्रिया का पुगव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "क्रोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "क्रोशिका" की कोई शुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्थीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अपिश को तारीख

Dr. Dharm Singh

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on better of Hughested Signatory
on better of Hughested Signatory
वाम य पर हम्मुल कीर्यक्त अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् 01

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी हस्ताकर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी हस्ताकर 2