* APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखफल)						Koshika	
APPLICATION No. :		19 0246	APPL	ICATION DATE:	1 1	foundation Building block of life.	
वाबेदन संख्या :	_	1910246	आवेदः	AGE-YEARS STE	06/19	-	
NAME of APPLICANT : शर्थेर्कका नाम	the state of the s	n Lal	Ī		67 M.		
ATHER'S/SPOUSE'S	NAME:	a Pam					
VIIIase -		PRESENT RESIDENCE ADD	RESS W	मान आवासीय पता — Atto	0.97		
Dist - Bluer , Resettion						Reep. Partop	
-IIIM	P	RMANENT RESIDENCE ADDI	RESS: PE	ाई आवासीय पता		0246 Chuttan Le	
		as above					
OCCUPATION:	Former				MARRIED (Refe	ার) / UNMARRIED (अशिवाहित)	
स्पन्नसाय TOTAL ANNUAL INCOME: उ०,०००), (Attach Proof कुल वार्षिक आय उ०,०००), (आप का सर्व							
कुल बारक आप PAN No. स्थाई खाता सं					िलान का कारन	wers) Net	
RE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (है (ची मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हा / नह	-		
200141				DETAILS परिवार		T. Bulleton de Antino	
Sr. No. क्रम संख्या	Na Vi	Name of Family Member परिवार के सरस्यों का नाम		ge (Years) उम्र (वर्ष)	Gender स्निग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
#.			#				
			=				
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये र्र	ASSISTAI वनति आधा	NCE (Tick whiche	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण का की काम प्रति संतरण करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाग पत्र (प्रमाण पत्र की साम्रा प्रति संतग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाम एवं की खाया प्रति संसम्ब करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
				ESTING ASSISTA ये विनती का उद्दे			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संसम्न						
(3)	Digmosts - RE - MSC						
			1.E		I msc		
	-						
(2)	O SULTORY - IF - SICS + TOZ						
	7						
	111	ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य की हेत् कोई	ED for SAI	ME "PURPOSE" । राता किसी अन्य स	from OTHER SOURCE	CES	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR					of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	
(1)	अन्य स्थत का नाम SCEH					मा भई महानाम ग्रहा।	

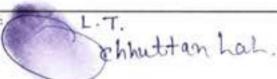
DECLARATION by APPLICANT: अरवेरक द्वार घोषण पर:

- 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 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.
- 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 amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं धोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवास मेरी अलकारी के अनुसार सत्य एवं सबी है। यदि कोई विवास एवं कथार असाय पाय जाता है तो मेरी सहायश निरात की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्थत गरिंग "कोशिका फाउन्बेशन", से ली जा रही है, उसका उपसेग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में चए गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस राशि का आंशिक मा सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोशक/बीमा कम्पनी से न तो तिया है और न ही पांचमा में लिंग।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) Ely affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use publishiput-upireproduce 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 प्राप्त पर अपने इस्तावर पा अंगठे की काप लागकर, मैं (आवेरक) अन्ती सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउटेशन और उससे न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा कम, पता, फोटो और जो विकास इस प्रपत्त में पीषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, रान, याध्यरण दूसरे उद्देश्य से जुड़ी प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिय अधिकृत है। मेरे प्रपत्त का विवरण मेरे इलाज के पताने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बत से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप् उसके न्यांसियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदम भे इस्तावार या अंगूते का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPRITH DID WOL)

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 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. इसरे अधिक्य, इस्तक्षणे की और से पामलेगोगों को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिष सहायता हेंदू सिफारिश की जाती है, जिसे इस (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तपान और न ही भविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिशाविनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मरद हेतु कि हैं। पदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा स्वाति आशिक/स्थकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य सन्सापन से सहापता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूधि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल दितीय गरद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाब रोगी एवं हस्पताल

के बीच का विषय है और "कोशिका परउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेरारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेरारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आपरेशन को वाग्य Dr. Dherm Singh (Name, Designation & Start of Surgery अपरेशन को वाग्य (Name of Dr. & Regn. No. (Name of Dr. & Regn. No. (Name) के प्रतिक्षण के प्रतिकर्ण के प्रतिक्षण के प्रतिक्षण के प्रतिक्षण के प्रतिकर्ण के प्रतिक्षण के प्रतिकर्ण क