C19 108 10313

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभात)		Koshika	
अमेर्न शंक्षा :	C/08/5	1069	APPLICATION DATE : आवेदन शिमी	19-08-1019	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT:			AGE-YEARS MIS-WE SEX RATE		A	
FATHER'S/SPOUSE'S विद्यापानुस्थ पर भाग	will -		६ वर्तपन क्षत्रसीय पर मिन्न में	uzwig	AA	
	ahasa	The state of the s	ा स्था आवासीय पता		Preop Postof 069 Hasing	
OCCUPATION:	2 A			MARRIED (বিশাচিত্র) / UHMARRIED (অবিশাচিত্র)		
बृत वर्षिक आय	51,00			(Attach Proof of Inc (3114 का साहद संद	rome) APA) (26)	
PAN No. THIS TERM T ARE YOU AN INCOME THE SITE SITE SITE TO	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सडी का निशान सम्पर्ध।	You No			
		FA	MILY DETAILS परिवार	Commence of the last of the la		
Sc. No. अस्य प्रदेशस	70	ime of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) তম্ব (বৰ্ণ)	Conder शिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध निया के ताथ सम्बद्ध	
(5)	Ton	rd la	48	M	704	
(3)	R	ush nawa6	40	m	Son	
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता को लिये विनति	ESTANCE (Tick whiche	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रयाम पत्र (प्रमाम पत्र की कथा प्रति संतन्त करे।		EWS Contificate (Attach Cartificate Copy) शरप शाप वर्ष प्रमाण पत्र (प्रपाण पत्र की साम्य प्रति संतरण करे	Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की कार्य प्रति संसन्त करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साहय	
9.00			EQUESTING ASSISTA हवे गये विनती का उद्देश			
Sr. No. ऋष संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर से चारी की गई प्रतिनेदन सूची संशय				
CL)	Di	Diagnosis - RE - Inse				
				31.20		
(3)	Jus	19eyy - RF	5103 +	102		
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उर्दरेश के हेतू कोई अन्य	सहायता किसी अन्य स्थ	rom OTHER SOURCES त से तिया गया हो?		
St. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य प्रधीत का चाम			SSISTANCE BEING AVAILED पर्द सहापता उसी	
CI)	JC	The second secon				
	-					

DECLARATION by APPLICANT: HOUSE DIS VOTO TO:

- 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 for rejection/cancellation.
- I scientify confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such as was requested by me.
- I hereby confirm that I have not 5 will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employeninsurance company, of the all for which this assistance is requested.
- 1) में चोषण बता है कि इस प्राप्त में दिये नवें सभी दिवरण मेरे जानवारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि बोर्स विवरण एवं करान असाथ पास कता है तो मेरी सहस्वक्ष निरस्त की का सकती है।
- 2) मी इस जो म्हामत पति "बोतिका फारन्देश", से ली या चो है, उपका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया अपेगा, जो इस प्रारूप में परा मध है।
- मैं पुष्ट काल हैं कि दिस पक्षावत हेतु पढ़ प्रार्थन की गई है, उस पति का अधिक म सकत हिस्स किसी अब प्रोद्धिगयंग्वरायीय कम्पने में न तो तिया है और न ही परिम्म में सुँक।

AGREEMENT by APPLICANT (spece po 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 verbei, 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 sofely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रता पर अपने इसायुर या अंग्रेड को बाप शराबार, में (अवंशव) अपने शहायी भी पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेटर और उसने ज्यापियों " को अधिवृत्त करता हूँ कि मेरा जम, पता, फोटो और वो विवास इस प्रता में केलिये के लिये किसी मी प्रतार माण्यम से प्रताहिक करने के लिये किसी मी प्रताह माण्यम से प्रताहिक करने के लिये किसी मी प्रताह माण्यम से प्रताहिक करने के लिये किसी मी प्रताह माण्यम से प्रताहिक करने के लिये किसी मी प्रताह माण्यम से प्रताहिक करने के लिये किसी मी प्रताह माण्यम से प्रताहिक करने के लिये किसी मी प्रताह माण्यम से प्रताहिक करने के लिये किसी मी प्रताह माण्यम केलिये केल
- 2) मैं (आवंदक) इस बार से सहका हूँ कि मेरा पान, पता, फोटो और विकास जो कि महामध के अर्देश्यों से प्रार्थित है पुझे स्वा: स्टापण का इकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कॉलावा" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और वास्पकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मानेएक के प्रस्तावर या अधिके का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (SPISSION DR WITC)

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

1) that we neither are presently nor will in future svall 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 aveil 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/cross-surrounded by the Hospital on the

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 errangement 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, इस्तकृति की ओर से मामलेजीयों को "कोशिका फारजंशन" से नितिय सहायक हेतु सिरुकीरा की बाती है, जिसे इन (इस्ततात) निन प्रकार से कन्य व स्थीकार कासे हैं।

1) यह कि य से कांचान और न ही भाषण में विकिय सहायहा दिन्दी पैर सरकारी संस्थान था किसी शान हज़ीत से उन्तर जेती-भागते में लेंगे या ले रहे हैं, मैंसे कि इसने "कॉशिका फारजंशन" में सिवारिका विकास में "कंगिका फारजंशन" हात सहायक विनाद असीता कर हेतु पन्तर पार किया जाता है से अस्पताल किसी अन्य ना किसी अन्य सनहाय से किया ना किसी अन्य सनहाय की कि नायमान दिलीय गएर उन्तर पेरी-पामले हेतु किसी पैर सावकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेक्षालों।

2. "क्रोतिका फाउन्तेशन" से ली गई सताब्त क्रेयल फिरिय प्रवृत्ति की है। ऐसी पर इस्पताल द्वाय दी गई सताह चा किये नये उपकारशिक्य का पुण्य ऐसी एवं इस्पताल के बीच का विक्य है और "क्रोतिका फाउन्तेशन" द्वार कियो प्रकार का सोई एकाव पार्ट है। इस्पीली इस्पताल में ऐसी के इताब सुप्ता और अपने कर्न की सारी जिल्मेराचे ऐसी एवं इस्पताल की होती और "क्रोतिका" की क्रांत प्राप्तिक या जिल्मेराचे ऐसी प्रविक्त पार्ट क्रांतिका प्राप्तिक या जिल्मेराचे ऐसी प्रविक्त पार्ट क्रांतिका प्राप्तिक में क्रांतिका प्राप्तिक प्राप्तिक प्राप्तिक प्राप्तिक प्राप्तिक प्राप्तिक प्राप्तिक प्रविक्त प्राप्तिक प

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE Dr. Monali Rathod (DNB) Date of Surgery VIVEK RANA अंग्रेशन को सर्वेश्व (Name, Designation & States of Authorised Signatory 19.08.2019 Dr. Shroff's Charlengebatterajotakal) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) (Mप्रम व (K इस्तवल अधिकृत अधिकारी बास्टर कर जम ये इस्ताप्टर ये रवि. २. अन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हरतावर । न्यती हस्तक्षर 2