. AP	PLICATION F सहायता १	ORM FOR ASSISTANCE हेत् आवेदन प्रारूप	(Healti (स्वास्थय	hcare) देखपाल)	Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	A 09	19/0537	APPLICATION DATE	109/19	Building block of life.	
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम		halya	AGE-YEARS ST	पु-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE' पिता/कटुम्म का नाम	S NAME : Yadi	rum				
Village	> Grange	PRESENT RESIDENCE ADDRES		ewari	V to	
3)/24		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	ार्याप्यात् इ: स्था आवसीय पता		Preop. Postop 0537 Kastaly	
		as obove			0537 Kashaly	
OCCUPATION : व्यवसम्ब	House 1	wife		MARRIED (Profes) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCI कृत वर्षिक आप	45,	000/-		(Attach Proof of Ii (সাথ খন মাধ্য ম	ncome) detra) NA	
PAN No. स्थाई खाता : ARE YOU AN INCOM क्या आप आप कर दात	संख्या // E TAX ASSESSEE त है (जो मान्य हो र	/ने (Tick whichever is applicable): इस पर सडी का निशान लगाये।	Yes / No व्य / नव			
Sr. No.		FA	MILY DETAILS परिवार	विवरण		
इ.स. संख्या इ.स. संख्या	N Y	ame of Family Member रिकार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
				-		
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये बिनति	SISTANCE (Tick whiche SENT	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्थन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) কাংশ কাম কৰ্ম মুন্যা যয় (মুন্যাম যথ কৰি জ্বামা মুবি কালে কৰি	mA)	tion Card ach Copy) ोक्टा कार्ड सावा प्रति संस्तृत करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई स्टब्स	
			REQUESTING ASSISTA क्ये गये विनती का उद्देश			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सुची संसरन					
	91999	Siggmais -> RF - MSC				
			LE -	M	SC	
-						
0	ZinDes	4 -7	11 ->	2175	-f JoL	
		APPRICATION DESIGNATION OF THE PERSON OF THE				
272		ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य को हेतू कोई अन्य	सहायता किसी अन्य स्व	ति से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	E1	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थात का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहरपता छरी		
(3.)	1 2	C M				

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरण द्वारा प्रेयणा 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 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) में पोधना करता है कि इस प्रकल में दिये गये सभी कियरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असाय पास बाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सबतों है।
- 2) मेरे द्वार जो महत्त्वत राति "कोशिका पाउन्देशन", ये ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेश, जो इस प्रक्रण में पश गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस सहायता हंतु यह प्रार्थन की गई है, उस सीत का अतितक या सकत विस्ता किसी अन्य सोद/वियोधक/बीच कम्पनी से न तो तिया है और न हो पहिल्य में लिया

AGREEMENT by APPLICANT (SHREET EIG WOLL)

- 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 प्रयक्ष पर अपने इस्ताधर या आंगते की कार लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्षेतिका फाउडेशन और उसके न्यासीयों " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा जाम, कार्य और जो किवाण इस प्रयह में मोधिक है, उसे "क्षेतिका" एवम् न्यासी, दान, याक्त/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिसरी थी प्रसार याज्याय में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रभा या विवास के पहले या बाद में करने के लिए "क्षेतिका काउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, मता, फोटो और विवास जो कि सवायता के उर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यामियों का निर्मय और बाध्यकारी होगाः।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्तावर या अंगूडे का निरान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$1988 \$10 \$10)

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 रूपिक्त, हस्तकरी की ओर थे मामलेपीनी को "कोशिका फाउन्टेशन" से बितिय सहायता हेतू सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तावस) निज् प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न दो वर्तमान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी पैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" से निफारिश/विणी उक्त के सन्यथ में "कोशिका फाउन्टेशन" हमा प्रकार विज्ञा उक्त के सन्यथ में "कोशिका फाउन्टेशन" हमा प्रकार प्रवासिक प्रवासिक अधिकार संख्य हैं। मान्य प्रवासिक प्रकार हैं। मान्य प्रवासिक प्रवासिक

2. "क्रोशिका कार-वेशन" से लो गई सहायता क्रेयल विशिव प्रकृति की है। ऐसी पर इस्प्यास द्वारा रो गई सलाह या क्रिये गये उपचार प्रक्रिया का मुन्यव ऐसी एवं इस्प्यास के बीच का विषय है और "क्रोशिका पान-वेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। इसलिये इस्प्यास में ऐसी के इलाव सुरक्षा और आने करने की साथै क्रिम्पेशने ऐसी एवं इस्प्यास की डोमी और "क्रोशिका" की कोई प्रमाल की डोमी और "क्रोशिका" की कोई प्रमाल सा विष्येशने इस मामले में नहीं इति।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती क्रें(शिष संस्तृति Date of Surgery nistrator (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory ऑपरेशन की तारीख (Name of Dr. & Ragn, No. with Stamp) or behalf of Hospital) ०१. भीम व पर इत्पतल अधिकृत अधिकारी राक्टर का नाम वे इस्ताक्षर के रवि: न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनतिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हमनाक्षर १ न्यामी हस्ताधर 2