· C19 09 0587 ·

АР		FORM FOR ASSISTANC हेत् आवेदन प्रारूप	E	(Healt (स्वास्थ्य	hcare) देखपाल)	Koshika	-
APPLICATION No. : आवेरन संख्या :	14109	19 0539	APP आये	PLICATION DATE	109/19	Building block of Ste	
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम	T: Reim	Wiczas		AGE-YEARS 3	मु-वर्ष SEX सिंग M		3
FATHER'S/SPOUSE पिता/कटुम्प का नाम	'S NAME :	may Am			1.7.3		2
Village		PRESENT RESIDENCE ADDRI	ess a		llauk -	freop. Po	
काइबें	S Alw	PERMANENT RESIDENCE ADDRE	SS: T	hqon माई आवासीय पता		m	sotop,
		as above		- Avviousines		0539 Kar Ni	wis
OCCUPATION:	Farmer				MARRIED (REIN	ব) / UNMARKIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INC कुल वार्षिक आय PAN No. स्वार्ष खाता	6010				(Attach Proof of (জাব কা মাক্ষ	Income) संदर्भ NA	
ARE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।		Yes / Mo डॉ / मा			
			FAMILY	DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	N N	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उध (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicar आवेदक के साथ सम्बन्ध	nt
-	+		1				
			F				
		BASIS for REQUESTING A	SSISTA	NCE (Tick which	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षाचा प्रति संसम्ब करे)		सहायता के लिये विन EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की बाद्य प्रति संलान	Ste.Ce	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रयाग यह की छाया प्रति संसान करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
				ESTING ASSISTA वे विनती का उर्दे			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संतरन					
(1)							
					msc		
<b>3</b>	Sugge	Suggesty -> RF - STCS + TOI.					
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्देश्य के हेतू कोई अ	for SAI	ME "PURPOSE" ( पता किसी अन्य स्थ	rom OTHER SOURCE वि से लिया गया हो?	ES .	
Sr. No. ক্লম নভবা (T)	201	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEIN ली गई सहायता ग्रही		ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता एशी	
		3/07					

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा फोमना 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.
- में घोडाय करता है कि इस प्रकल में दिये तमें सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार करण पूर्व सड़ी है। यदि कोई विवरण पूर्व कथन असल्य पामा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा मजाते है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायश राशि "कोशिका फरवनोशन", से शी का खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के शिखे किया खायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- 3) में चंद काल हैं कि जिस सहायत होत यह प्रयंग की यह है, उस गति का आदिक या सकत हिस्सा किसी अन्य सीत्रवियोक्क(बीमा कम्पनी से व तो लिया है और व ही पविष्य में लेगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (SURTE DE WILL)

- 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 प्रथम पर अपने इस्तावर या अंगडे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी कहन्यति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिक्ट फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि सेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरत इस प्रथम में पोणित है, उसे "कोशिका" एक्ट् न्यासी, दान, यावना/मा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहयत हैं कि गेरा चल, पता, फोटो और विकास जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकरार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्षेतिका" एवम् उसके न्यांगियों का रिमोग ऑटिंग और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : उद्योग्या के इस्तावा का अंगुडे का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (ETFINE SHE 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से पामलेशोगी को "कोशिका काउन्देशन" से बितिय सहायता हेतू सिकारिश की वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निम्म प्रकार से सान्य व स्वीकार करते हैं।

  1) यह कि न वो वर्तमान और न हो पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्देशन" से सिकारिल विगति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्देशन" हुए सहायता विगति अशिकात्म के मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी।
  गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेक्टरनेती।
- 2. "कॉशिका फाउन्तेंगन" में सी गई सहायक केवल विदिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्प्रकल द्वारा दी गई सलाइ या किये नवे उपकारप्रक्रिया का भुनव रोगी एवं इस्प्रताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार नहीं है। इस्प्रीतये इस्प्रताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्मेदारी रोगी एवं इस्प्रताल की डोगी और "कोशिका" की कोई प्रमिका पा जिम्मेदारी इस मामले में नडी डोगी।

		NDED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुति			
Date of Surgery ऑप्सेंसन की वर्शव  ५   १   १७	(Name of Or. & Regn. No. with Stan	WASSEY WASSEY			
	FOR INTERNAL USE of KO	SHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेत्			
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्तरक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इन्लक्ष्य 2			
8	efergel	liet E			