AP	Koshika				
APPLICATION No.:	A/0919/05	543	APPLICATION DATE	100119	foundation
NAME of APPLICAN आवेदक का नाम	Sampo		AGE-YEARS		
FATHER'S/SPOUSE चिता/कटुम्म का नाम	S NAME :		00		ALESSA ALESSA
	Pabu Lal	T RESIDENCE ADDRE	:58 वर्तमान आवासीय प	ता	
Village	- Sonkher	, 101		mungurh	Prop Perstop
Dist.	- Alway	Jacobs Rax	(Xdharn) १९८१: स्थाई आवासीय पत		
	1977		iss: स्वाइ आवासाय पत		0543 Sampo
	- CIZ	above			
OCCUPATION : व्यवसाय	House !	wife		MARRIED (Shelfer	) / UNMARRIED (এবিবাছিন)
TOTAL ANNUAL INC कृत वार्षिक आप	OME: 50,000			(Attach Proof of Ir	ncome) NA
PAN No. स्थाई खाता	संख्या 📈			(जान का सावन स	W. J. M.F.I
ARE YOU AN INCOM क्या आप आय कर दार	E TAX ASSESSEE (Tick which त है (जो मान्य हो उस पर सही	ever is applicable): का निशान सगाये।	Yes/8	io net	
Sr. No.			FAMILY DETAILS परिवा	र विकरण	
क्रम संख्या	Name of Fam परिवार के सद	ly Member स्याकानाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender feln	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
	Tange	n Slagh	40	M	son
	BASI	S for REQUESTING A सहायता के लिये विनी	SSISTANCE (Tick which	never is applicable)	
BPLC (Attach Can गरीकी रेखा के नी (प्रमाण पत्र की सामा	d Copy) (Att वे प्रमाम पत्र अ	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय को प्रयाग पत्र (प्रयाग पत्र को कवा प्रति संलग्न करे।		ation Card tach Copy) भोकता कार्ड । क्षमा प्रति संस्पन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
			r REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached				
(T)	अस्पताल/कॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न (Dies 1900) -   RE - MSC				
	7		1=-	IMSC	
			-	11115	
(2)	SUSTRY - RE- SLCS + LOL				
11.300	1		1000		
	ASSISTA	NCE BEING AVAILED	for SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCES	
Sr. No.		इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?  NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	SOFI	अन्य स्थोत का नाम			ती गई सहत्यवा राशी
-	1				

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरण ह्या 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 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 5, 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 पोधना करता हूँ कि इस प्राम्प में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुधार साथ यूर्व साही है। मीद कोई विवरण यूर्व कथन असाय याना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकता है।
- 2) भी द्वार जो महाचल रहित "क्षीरिका पदनजेशन", में सी का रही हैं, उसका प्रपत्ने उसेर की व्हेंस की सूर्व के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकर में पह रहत
- में पुष्ट काल हैं कि किस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गति का आशिक का सकत दिस्सा किसी अन्य स्रोतिष्योक्क/बीस कम्पनी से न तो लिख है और न ही पविष्य में लिख

## AGREEMENT by APPLICANT (SURE DO WOL)

- 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 प्रयत पर अपने इस्टावर या आँगड़े की वाप सरवाबर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नाशीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येश तथ, पता, फोड़े और नो विकास इस प्रयत में योधिक है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, याचना/या दूसरे उद्देशय से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तिसी भी प्रसार माध्यय से इसानित करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेर नाम, पता, फोटो और विकाल जो कि सहायता के तर्रश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकरात नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोतिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑट मान्यकार्य होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेरक के बाताबर या आंगूने का निवान



## AGREEMENT by HOSPITAL (FRITH DIE WIT)

By effixing 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

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षणे को ओर से बावले/एंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशिष सहापता हेतु सिकारिश को जाती है, किसे इस (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न यो वर्तपार और न हो परिच्य में विशिष सहापता किसी गैर सरकारी संस्थान पर किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/बायलों में लेंगे वा ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका परउन्डेशन" से सिकारिश/विनीत उक्ता के सम्बंध में "कोशिका परउन्डेशन" हारा परद हेतु कि है। वरि "कोशिका परउन्डेशन" हारा सहापता विनीत उक्ता के सम्बंध में "कोशिका परउन्डेशन" हारा परद हेतु कि है। वरि "कोशिका परउन्डेशन" हारा सहापता किसी अन्य गैर सावकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहापता लेने का अधिकार सुर्विका रखता है। इस पुष्टि में स्वय्य कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/बामले हेतु किसी

assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

गैर सरकारी संस्था या किसी जन्य साधन से नहीं संग्र/शंगी।

2. "कोशिका काठचेशन" में ली गई महायत केवल विशिष प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का मुगव सेगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काठचेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई पदान नहीं है। इसलिये हस्पताल में सेगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की लागे जिम्मेदारी सेगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई मुण्या या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMME स्वीकृती	NDED FOR ACCEPTENCE के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑसरेतन की ततीय (६)व) वि	(Name of Dr. & Regn. No. with Star डाक्टर का नाम के इंस्टेम्बर का ग्रीस के	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)***		
	FOR INTERNAL USE of KO	SHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGN	IATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताकर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताशर 2		
8	fugel	lite_		