C19/10/0051

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय रेखगाल)					Koshika
APPLICATION No.: आवेदर संख्या :	VIIO	19/0641	APPLICATION DATE	4/10/2019	Building block of the
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Nah	nul Lingh	AGE-YEARS		
FATHER'S/SPOUSE'S N चिता/कटुम्प का नाम	WHE GIO	Rhaiana			
	Han	PRESENT RESIDENCE ADDRE	88 वर्तमान आवासीय प	त	- real criticiones
	Distt -	mathum U.P	. 201202	- 2 1 1	Preop Postop
	Р	ERMANENT RESIDENCE ADDRES	95 : स्थार्च आकासीय परा		(0641) Nahay
		same as	above.		Singh
DOCUPATION ; व्यवसाय	Une	mployed		MARRIED (Ref	हेत) / UNMARRIED (अविनाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : After all the sara (Attach P					f Income) संस्कर) <i>NA</i>
AN No. THE GIRL US		Tick whichever is applicable):	Yes / /	la d	
या आप आय कर दाता है	(को मान्य हो त	स पर सही का निशान लगाये।	हां / र	植	
Sr. No.	Na	me of Family Member	AMILY DETAILS परिव Age (Years)	(leath	Relation with Applicant
क्रम संख्या	यां	त्थार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	आनंदक के साथ सम्बद
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये किनी	SISTANCE (Yick which	never la applicable)	
BPL Card	I	EWS Certificate		ation Card	200000
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को खाया प्रति संलग्न करे।		(Attach Certifloste Copy) अस्य अस्य वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छस्य प्रति संसान व	A) Vb	Hach Copy) प्रोक्ता कार्ड री प्राय प्रति संसान करे।	Any Other Basis/Proof अन्य फोई साक्य
			REQUESTING ASSIS		
Sr. No. क्रम संख्या	Madical Reports/Prescriptions Attached अलगाल/डॉक्टर से करी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न				
On The		KE - FI	P:		
		LE - BU	own mare	roet	
22.07		SURGERY - PE		4-101	
		moyeny - (FF	7 242	1.4-11-	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME POLIDONSIN	from OTHER SOURCE	FS
		इस उद्देश्य के हेतू कोई अ	य सहायतः किसी अन्य र	खोत से लिया गया हो?	
Sr. No. ऋम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का गाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई शहायता राजी	

DECLARATION by APPLICANT: अलेक हुए मीलम पत्र:

1) 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 liable for rejection/cancellation.

2) 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. 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employeningurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- मैं चोवणा करता है कि इस प्रकल में लिये गये साथे विवास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं साड़ी है। वहि कोई विवास एवं कथन असाय पान जाता है तो मेरी महामत निरात की जा सकती है।
- मेरे द्वारा जो महामत ग्रांश "क्रांशिका कार-लेलन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यण, जो इस जरूप में भग गया है।
- में पुष्ट काल हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रिक का आंत्रिक वा सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रीक विमोजक/बीख कल्पनी से न तो लिया है और न ही परिचय में सुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (spece per 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 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.

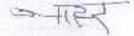
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely

with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस इपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगावन, में (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्वेशिका फार्टडेशन और उसके न्यासीवों " को अधिकृत करता हूँ कि मेंग नाम, भत, पोटो और जो विकाम इस प्रमाप में बोरिका है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, यन, वाचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गरीविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए आधिमतुत है। मेरे प्रपत्र का किलाय मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेलन" व न्यासी अधिकृत है।

2) में (आलंदक) इस सत से सहमत हूँ कि मेश नाम, पता, फोटों और विवरण जो कि सहायता के उन्हेंक्यों से प्रधित हैं मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सार्वम में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑटिय और खप्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के इस्ताबर का अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (BRUDE SIT WIT)

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

क्षणरे अधिकृत, इस्तक्षये को जोर से मामलेपोणी को "कोशिका फाव-बेहन" से वितिय सहस्यता हेतु सिकारिहा की जाती है, जिसे हम (हरमताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकात करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तनान और न की मॉनम्ब में विशिष सहायश किसी कैंश सरकारी संस्थान का किसी अन्य स्थात से ठका रोगी/मामले में लीग या ले रहे हैं, वैसे कि इपने "काशिका काउन्हेंरल" से सिफारिक/विनंदि उक्त को सम्बंध में "कोशिका पातन्त्रेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। चरि "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा सहायत मिनदि आशिक/फकल हेतु पन्तुर नहीं किया जाता है तो अरुपाहरू किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायत लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पतास दिवीय मदद उस्त रोगी/पागले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था चा किसी क्षण्य साधन से नहीं संगा/संगी।

 "क्लेकिकः फाउन्डेशन" से ली नई सहस्वता केवल विशिप प्रमृति की है। ऐसी पर इस्प्ताल हारा दी नई ललाह पा किये नदे उपचारप्रक्रिय का भुशन रोगी एवं इस्पतानुः को बोच का विश्य है और "काशिका जानकेशन" इस किसी प्रकार का कोई एकच मार्ट हैं। इस्तरिये इस्तरात में रोगी के इस्तर सुरक्त और आने जले की लगी विज्ञायाँ हैं। प्रसं कस्पताल की बोगी और "कांशिका" की वर्ड़ भूमिका वा विष्मेदारी इस मामले में वही होगी। uministrata

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑप्टेशन की तारीख

Dr. PRIYA AGRAWA MCI No.-58417 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व रवि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) न्तम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यसी इस्तक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी इस्ताक्षर 2