, APPLI	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आहेदून प्रसूट्य 0819.0035 (स्वास्थ्य देखमाल)					
PPLICATION No. : विदन संख्या :	D.1019.0047	APP	PLICATION DATE : ्रू दन तिथी	019,10.07	Building block of life.	
AME of APPLICANT : विदेक का नाम	Takira		AGE-YEARS SEG-	The second name of the second na		
ATHER'S/SPOUSE'S N ला/कटुम्म का नाम	0.7	Shamshac			1	
	No 491219	ROCK .	र्वमान आवासीय पता Seelaunggy १	,	E	
_D	UK, USO'53	IDENCE ADDRESS : 7	and marries man			
Roc	Mohibalichak.	Aun k	Village 7	Inchal,		
707	Shar J 813113'		7	,		
विसाय DTAL ANNUAL INCOM		ier, labor		(Attach Proof of Inc	/ UNMARRIED (কবিবারিন)	
ुल वार्षिक आय AN No. स्थाई खाता संख	36000			(आय का साक्य संह	(P) (V ()	
RE YOU AN INCOME T	AX ASSESSEE (Tick whichever	s applicable):	Yes / No हां / नहीं	No		
ग्रा आप आप कर दाता ह	(जो मान्य हो उस पर सही का नि		Y DETAILS परिवार वि			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Me ु , परिवार ,के सदस्यों क		Age (Years) তমু (বর্থ)	Gender • हिनंग	Relation with Applicant आवेरिक के साथ सम्बध	
7	Maka. au	aaw	24	Herule	talked	
3	(nulafaho	0	2.2	Male	Kirotheo	
4,	Mentab		À	Male	Roothed	
		REQUESTING ASSIST		er is applicable)		
BPL Card		विता के लिये विनति आ	1	5043 (10) (1		
(Attach Card (गरीवी रेखा के नीचे (प्रमान पत्र की सावा प्री	(Attach (प्रमाण पत्र अल्प अ	(Attach Certificate Copy) (A অংশ আৰ বৰ্গ মুনাদ দর		on Card th Copy) स्ता कार्ड गया प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		"PURPOSE" for REC	QUESTING ASSISTAN गर्थे विनती का उद्देश्य			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्ट्र से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न					
2.	The of theater		Ketinoble	istoma,	Anetheria	
	ASSISTANCE	: BEING AVAILED for S श्य के डेत् कोई अन्य स	AME "PURPOSE" fre	om OTHER SOURCES त से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या ,	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता गरी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा योगमा पत:

- 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 a 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- में घोषण करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य एवं सही है। मीर कोई विवाण एवं कवन अस्तव पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे हारा जो सजायता राशि "कोशिका फाउम्बेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रांत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लैंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
- इस प्रत्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आयंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नासीवों " को अधिकृत करता हूँ कि बेग्र नाम, पतः, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् ऱ्यासी, रान, याचन⊱मा दूसरे उद्देश्य से लुडी वतिविधियों और उपलब्धियों के तिये किसी घी प्रसार माध्यस में उसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस सत से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान

बीबी गुलबरगर

Mother. Bibe Gulafoka

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल द्वारा फरार)

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 petient, 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

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की और से मामले/शोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विदिय सहावता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हरणताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। यह कि न तो वर्तमान और न ही पविषय में वितिय सहायदा फिसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उकत होगी/मामले में लेंगे या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" में सिफारिश/बिनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा पाता है कि अस्पताल द्वितीय परंद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली वई सहायता कंचल वितिष प्रकृति की है। ग्रेगी पर हस्त्वाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव ग्रेगी एवं हस्त्वाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पतल में ग्रंगी के इलान सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पतल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

2019.10.07

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम स हस्ताक्षर स रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

कम व पर हस्पताल अधिकत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आनिहरू उपयोग हेर

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासा हस्ताधर 2