	N FORM FOR ASSISTANCE । हेत् आवेदन प्रारूप		hcare) देखभाल)	Koshika
APPLICATION No.: A OU23 COO		APPLICATION DATE : 05-0 प्र- 202		
NAME of APPLICANT :		AGE-YEARS 3	The second secon	
आवेदक का नाम Nisha Devi		33	E	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्म का नाम	AShok		F	
1200 4 4	PRESENT RESIDENCE ADDRES	s वर्तमान आवासीय प्र	ol .	
Village- Durgan K	Dhani Khiloni wa	1. 16p VA	บรุงท	
Dist - Alwar . R	9) 95than- 301418			Preop Postop
	PERMANENT RESIDENCE ADDRES	S : स्याई आवासीय पत		other -
	As above			
				Devi
occupation: Home me	iker (femily)		MARRIED (RE	বাহিন) / UNMARRIED (সহিবাহিন)
TOTAL ANNUAL INCOME:	coot		(Attach Proof (আৰ কা মা	of Income)
PAN No. स्पाई खाता संख्या	10			1911
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESS	SEE (Tick whichever is applicable):	Yes M	lo)	
A SE SES SES SES SES SES SES		MILY DETAILS परिवा		
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	िलंग M	अवेदक के साथ मुम्बध
	ro no k	35	PI	HUSband
				V
				+
	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	iever is applicable)	1
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy)		Ration Card		Ann Other
(Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र		(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		Any Other Basis/Proof
(प्रमाण पत्र की छाणा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न		रे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		अन्य कोई साध्य
De Servicido de los especientes de la constante de la constant			C - DOWN TOWN THE CO.	
	सहस्यता हेतु रि	REQUESTING ASSIST केये गर्व विनती का उद्	रेस्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलगन			
1 57109	Digmosis RE - PSC			
3000	TOTAL PSC			
	LE - PSC			
		186896	DO WAFE	
	2000	The state of the s	January	
3 Sur	ery - RF- SIC	MILM	mmn	
V	Salaria S	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	ACTIVITIES SERVICE	
70 11 28 70 11 14	4			
	ASSISTANCE BEING AVAILED TO	SAME PRIPAGES	from OTHER COUR	CES
	इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य	सहायता किसी अन्य स	वीत से लिया गया हो?)
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	PORTON AND A STATE OF THE PROPERTY AND A STATE OF THE PROP		of ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या	अन्य स्वोत का नाम			ली गई सहायता राशी
ווזא				

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेरण प्राप्त पोषणा 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कायर असत्य पत्था जाता है तो मेरी सहायता निस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता तरित "कोशिका फाउन्डेशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की मूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्ररूप में भए गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोल/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँगा।

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.
- 1) इस प्रपत्न पर अपने इस्ताधर या अंपर्त को धाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंडेशन और उससे न्यासीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, फोटो और जो विभाग इस प्रपत्न में शोधित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राम, याचना/या दूसरे उन्होंत्रय से जूडी गतिविधियों और उपलब्धियों से लिये किसी भी प्रसार नाम्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या कद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उन्देश्यों से प्रार्थत है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्तावर या अंगुते का निरान

AGREEMENT by HOSPITAL (\$144000 (\$10 WOL)

By affixing hereing the control of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby and a sceept 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.
हम्परे आँधवृत, हस्ताधारी की जोर से मामले/पोगी को "कोशिका फरउन्डेशन" से बिविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताल) निम्म प्रकार से मान्य व स्थोकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में चिविय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रओत से उक्त रोगी-मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/विनांत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" इस मदद हेतु कि है। बंदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनांत ऑकिक/स्थलन हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वस्थ कहा जाता है कि अस्पताल दिशीय मदद उक्त रोगी-मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाठ-चेशन" से ली गई सठायता केवल विलिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वार दी गई सलाड या किये गये उपकारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ-चेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखन नहीं है। इससिये इस्पताल में रोगी के इसाव सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्विका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

BECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery
ऑपरेशन की वारीख

Dr. WAFI ANSARI
MS (OPHTHAL)
Reg. No.-DMG(9949)

(Name, Desightation of Station o

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्दरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2

Sofungel

lite