APF		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप		hcare) देखपाल)	Koshika			
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M 0427	5/0007	APPLICATION DATE	104125	Building bi			
NAME of APPLICANT	T:		AGE-YEARS 8					
आवेदक का नाम		yhoti .	70	+				
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	S NAME :	Motkan ne			TAT-CHICITZ			
152	GHOM	PRESENT RÉSIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय प	1 KNOH?	PASTE PHOTO HERE			
Lau	uking			1 1	Postop Postop			
	F	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	: स्थाई आवासीय पत	- 361206	Post of Post of			
		same as	abo	ne				
OCCUPATION :		140		1	100			
TOTAL ANNUAL INCO		me maken		(Attach Proof of I	f) / UNMARRIED (अविवाहित)			
कुल वार्षिक आय	43	Tow (fami	ly	(आय का सास्य र				
PAN No. THE GIRL T		(Tick whichever is applicable):	Yes / N	lo				
क्या आप आय कर दात	है (जो मान्य हो र	इस पर सत्ती का निशान लगाये।	新 / 平	की				
Sr. No.	N/	sme of Family Member	MILY DETAILS परिवा Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
क्रम संख्या	CVA	रेवार क्षे सदस्यों का नाम	उम् (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध			
U	- CAU	ITUM	30	M	201)			
- 1								
	-		- 112-11-1					
	1							
N. San		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति		hever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साम्या प्रति संस्थन करें।		(Attach Certificate Copy) (Att সল্প সাথ কা ব্যাল ধর বিদ		tation Card ttach Copy) रभोक्ता कार्ड वे सम्ब प्रति संतरन करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य			
(प्रमाण पत्र का सामा	अव सलान करा		REQUESTING ASSIS	18. COM CONTROL OF THE CO. HOUSE				
			स्टब्स्टिडिडाल ASSIS हवे गर्वे विनती का उद्					
Sr. No.	-	Medical Reports/Prescriptions Attached						
क्रम संख्या	Dagni	भवातान/यांक्टर से जारी की गई प्रक्रिकेट सूची संलान भवातानामा किया किया किया किया किया किया किया किय						
	UE Serile rataract							
		The second section						
	1							
	A III Oan	Sugar UE SICS with pung long comp						
	70	7 45 700						
	V							
		ASSISTANCE BEING AVAILED fo इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	r SAME "PURPOSE	from OTHER SOURCE	5			
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				
क्रम संख्या	-	अन्य स्त्रीत का नाम		ली गई सहत्यता ग्रमी				
		10	10	~~				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

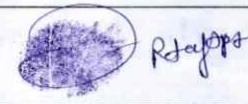
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance
 was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & 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.
- मैं घोषणा करता है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं करान असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहस्था। राति "कोशिका फाइ-सेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकाप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि किस महायता हुत यह प्रार्थना की यह है, इस राशि का अस्तिक या सफल हिस्सा किसी अन्य खेता/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पुष्टिक्य में सीगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHREET BILL 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 प्रदत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की साथ लगाकर, मैं (आबेरक) अपनी सहयित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवारण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, पाधना/या दूसरे उद्देश्य में मुझी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यय में प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्त का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) में (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्टोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय और बाण्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेएक को हमताक्षर या अंतुरे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (STURING SHE WATER)

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 भी ओर से मामले रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से खितिय सहायता हेन् सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न ले वर्तवान और न ही परिष्य में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वांत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफानिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कॉशिका जाउन्डेशन" हार मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अम्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्याधन से सहायता लेने का अधिकार सुरीक्षण रखता है। इस पृष्टि में स्टब्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्टब्ट से वही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका जाउन्हेशन" में शी गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पावल में ग्रेगी के इलाब सुरक्षा और आने जाने की सारी विष्येदारी रोगी एवं इस्पावल को होगी और "कोशिका" को कोई पुणिका या विष्येदारी इस महमले में नहीं होगी।

	Dr. Juhi Panwar स्वीकृती प	ED FOR ACCEPTEN	Deepak Tripathi CE Administrator Dr. Shroff's-Charity Eye	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख ठेउँ/८९//১५	M.B.B.S., M.S. UPM 115579 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 記載表 新 利用 者 表表表 者 指表 表		Wiohan Madi-Kheri (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जम व पर हस्याल अधिकृत अधिकृत	
	FOR INTERNAL USE of KOSH	IKA FOUNDATION	आन्तरिक उपयोग हेत्	
S	IGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्तक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 2		
8	Sofwy		lite	