APP		DRM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)		Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/042I	10008	APPLICATION DATE आवेदन तियी 🐧 🤉		Building block of life.	
NAME OF APPLICANT:			AGE-YEARS 3		10	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME:	Rani Swarc	op .		gr. FDC14007/2 dr. more 22 are 357 Rhonzy 1007	
Phool	Beh	PRESENT RESIDENCE ADDRE	Benan	Cheru	PASTE PHOTO HERE	
0		RMANENT RESIDENCE ADDRES	- 26970 55: स्थाई आवासीय पता		Powop Postop	
OCCUPATION :	Hon	ie mater				
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOM कृत वार्षिक आय		over fam	uly	(Attach Proof of		
PAN No. रथाई साता संद ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दोता	YAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): य पर सही का निशान लगाये।	Yes / N			
			AMILY DETAILS परिवा			
Sr. No.		ne of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या		बार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	-	may forten	50		3030	
(2)	H	mi Ran	23	M	Sono	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता को लिये विना		never is applicable)		
(Attach Card Copy) (Attach गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संसन्न र	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड हरें। (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संतरन करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
	N		REQUESTING ASSIST			
Sr. No.	Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached					
ऋग संख्या	क्रम संख्या 💍 🐧 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदनू सूची संलग्न					
	enghosis RE Senily category					
	RE Senily catariact					
	1					
	dugory RIE 520 with Pring long					
	0	J			camp	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	ES	
Sr. No. क्रम संख्या	इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वांत से NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत क्यू शूम				स लिया गया हा? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता गरी	
2 14 (104)	DBU			don't		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा 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.
- में थोषणा कता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण यूर्व कथन असत्य ज्ञ्च नाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया वार्यगा, जो इस प्रकृष में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस गशि का आँशिक या सकता हिस्सा किसी अन्य योग/नियोजक/बीमा कम्पर्ण से न तो लिया है और न ही पविषय में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHIPER BELL WICE)

- 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 ज्यन पर अपने इस्ताधर या अगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि येश नाम, पान, परेटो और जो विवारण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यासी, एन, पानना/या दूसरे उन्होंत्रय से जूडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवारण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय ऑस्प और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुठे का निशान

RJaff 1

AGREEMENT by HOSPITAL (PHINE GO WOR)

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 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, हस्ताकरों को ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायश हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्प्याल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तभार और न ही परिषय में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्बोत से उक्त संगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, कैसे कि हमने "ब्रोशिका फाउन्देशन" से मिफारिश/बिनित उक्त के सम्बंध में "ब्रोशिका फाउन्देशन" इस पर हेतु कि है। परि "क्रोशिका फाउन्देशन" इस सहायता किसी अन्य किसी किसी कर सम्बंध में स्वयं का किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन में सहायता लेंगे का अधिकार सुरक्ति रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्हेंतन" में ली गई सहायता कोवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आर्व जाने की सारी विष्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पूमिका या जिस्सेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FO	RACCEPTENCE Deepak Tripathi		
	Dr. Juhi Panwa स्वीकृती के लि	High Dr Shroff's-Charity Eye		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	M.B.B.S.,M.S UPMOV 15579 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर थ रहि न	Moltal Manual M		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FO	DUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताकर 2		
8	dunal	0:18		