APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)							Koshika foundation		
APPLICATION No.: A 0 0423 0057				APPLICATION DATE : 19-04-2023 आवंदन विकी			Building bio	ck of life	
NAME of APPLICANT				AGE-YEARS अगु	-वर्ष	SEX लिंग	100	-	
आवेदक का नाम		71		M		100			
FATHER'S/SPOUSE'S चिता/कटुम्म का नाम	NAME:	nt Room					COL.		
Miliage - C	hater Pu	PRESENT RESIDENCE ADDRES	S यत	मान आवासीय पता	. /	Thurs			
Rayasthe	m - 3010	24					break	Postop	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता							0057	Basant	
		112 A Pare					0037	Ram	
OCCUPATION:					MA	BRIED Hanne	t) / UNMARRIED (अवि		
व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO	व्यवसाय मिर्पाति ।								
कुल वार्षिक अस्य	500	00 F				आय का साध्य ।			
PAN No. स्थाई खाता स	REAL NA								
ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।		Yes / No ਗੰ/ ਗ਼ਰੀ	1)				
			AMILY	DETAILS परिवार					
Sr. No. क्रम संख्या	Na	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender Relation with App लिंग आवेदक के साथ स		Applicant	
प्राम् सर्वाम			40			M	2 200		
(2)	130-10	***		41		E	Dayghter	in low	
(2)	prvo		+ 7/ +			r.	Madduten	111 7000	
				-	-				
	+		1	-+	_				
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विना	SSISTA HIVIR	NCE (Tick whiche	veris	applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) यरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाद्य प्रति संलय्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति संसम्न करें।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य			
				JESTING ASSISTA १पे विनती का उद्देश		}:			
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न							
	Sting								
	DIASNOSIS RE -TOTAL CATARACT								
	TE - PCIOL								
	111111111111111111111111111111111111111	- Dr 199							
	2 Version	Data Canada and Canada							
& Surgery-RE- SICS WITH PMMA									
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOURCE						of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	+	अन्य स्त्रोत का नाम				ली गई सहायता ग्रंशी			
	1								
-	NIT			-					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदम द्वारा भोगणा एक:

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 ar f. 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.

 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 चोंचणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार अस्य एवं सारी है। पदि कोई विवरण एवं कथन असत्य चया कठा है हो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "वर्गाशका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल में भार गया है।
- मैं पुष्प करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, इस सीत का आशिक यह सकत हिस्सा किसी अन्य मीत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो तित्य है और न ही प्रविच्य 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 प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की काप लखकर, मैं (आवंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशका फाउंडेशन और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, घटा, फांटो और जो विवारण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एथम् न्यासी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलिक्षयों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिय अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवारण मेरे इलाज के प्रशास माध्यम में अपने के लिये "कोशिका फाउंडेंसन" य न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आरोरक) इस बात से सहस्रत हैं कि मेरा नाम, पता, कोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यांतियाँ का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (४म्पणन द्वार करार)

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 assistance 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, इस्ताक्ष्मी की ओर से मामले/पेगी को "कोशिका फाठन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो पर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीट से उक्त रोगी/मामले में लेगे या ले रहे है, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिकारिश/विनित उका के सम्बंध में "कोशिका पत्रवन्तेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हारा महायता विनित आशिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य में सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्वक्षत रखता है। इस पृष्टि में स्वयंद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से शी गई सहायश क्षेत्रल बिलिय प्रकृति की है। सेगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का भुगाय गेगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रधान नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आगे जाने की गारी जिप्पेदारी सेगी मुंब इस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रमुख या जिस्सेदारी इस कामले में नहीं होगी।

को होगी और "कोशिका" को कोई पृष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी। RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE - स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Dr. WAFI ANSARI CHARAN MASSEY MS (OPHT MAIS)amp) (Name, Designation & Storie tratollorised Signatory DE Shorts Eye Hosbital, Alwar (Named Br. Regn, No. Works)amp आन्तरिक उपयोग हेतू FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर १ न्यासी हस्ताकर 2