

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम		SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता	
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई संचालन संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	Diagnosis Rx- Cataract Lx- Prol		
2	Surgery Rx- Cataract + Prol		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE कौी गई सहायता राशी

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 any, 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.

1) मैं यहाँ पर कंकट हूँ कि इस प्रमाण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से माँगी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में पता चलता है।

3) मैं यहाँ पर कंकट हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अन्यत्र से भी नहीं हूँ, जहाँ परित या अगलिक जा सकता हिसाब मिलता अन्य कोशिकाफाउन्डेशन/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 fulfillment 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार दे जंगल को जंगल साफ़ करना, मैं (अवेक) अपनी सहाय्य भी प्रोत्ति करता हूँ एवं "कोशिका पावरडेल" और उसको न्यायोचित "को अविश्वत करता हूँ कि वेद माय, पात, फोटो और को विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" एम्प न्यायो, एन, सचरा/ए मुने इन्टरप्रे से जुड़ो पतिविविध और जलाशयों को निम्ने किन्तो भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अविश्वत है। मेरे प्रश्न का विवरण पति इन्टरप्रे को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पावरडेल" व न्यायो अविश्वत है।

2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद माय, पात, फोटो और विवरण को निम्ने सहाय्य के इन्टरप्रे से प्रोत्ति है मुझे स्पष्ट, सहाय्य का इन्टरप्रे भी करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प उसको न्यायोचित का निर्णय अविश्वत और सचरा/ए होगा।

आपका पत्र मिला। मैं भी आपका पत्र पढ़ा।



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

(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.

in the matter.

1) यह कि न तो बांधव और न ही शक्ति में विविध साधना किसी एक साधना संस्था या किसी अन्य रास्ते से प्राप्त होती/पायी में होती या ले चो है, बल्कि हमने "कोशिका साधना" से विचारित/विपरीत जल के समर्थ में "कोशिका साधना" प्राप्त करने हेतु कि है। यदि "कोशिका साधना" प्राप्त साधना विपरीत साधना/सकल हेतु मनुष्य को किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य एक साधना संस्था या किसी अन्य साधना से साधना होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में अन्य जल जाता है कि अन्ततः द्वितीय गहर जल होती/पायी हेतु किसी एक साधना संस्था या किसी अन्य साधना से नहीं होता/पायी।

2. "कोशिका क्राइमेटोरान" से ही गई सजावत कोमत मिलित प्रकृति को है। ऐसी-पर इत्यादि द्वारा ही गई सजावत या बिने गले उपचार/प्रक्रिया का सुपाव ऐसी एवं इत्यादि को बीच का बिचय है और "कोशिका क्राइमेटोरान" द्वारा बिनी प्रसार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए इत्यादि में ऐसी के इत्यादि सुपाव और आने वाले की सारी बिम्बेदारी ऐसी एवं इत्यादि की ऐसी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या बिम्बेदारी इस सजावत में नहीं होती।

समीक्षा के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

DR. Laxmi Dorennavar
MBBS MS FPRS FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant in General Medicine

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Mr. Lakshmi Prathi N
Manager, Outpatient
Department of Endocrinology
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Dhan Eye Care Trust.)

KMC NO. 50-11
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Defendant

10/2/2