MOM. C- 23-01-09/2

	ATION FORM FOR ASSISTAN महायता हेतू आवेदन प्रारूप		ealthcare) स्थय देखभाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	1/0123/0077	APPLICATION। आवेदन तिथी	ATE: 04/23	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Sunita -		RS आयु-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAI पिता/कटुम्म का नाम	1 WII Dec			·SUNE	
	PRESENT RESIDENCE AL	e, Mahmand	Hadada +,	POSTEPHOTOTICAL POSTOP	
Skalvia	PERMANENT RESIDENCE AL	Offen Pracedo DRESS: स्थाई आवासी OL above		00   105  1	
-14/114	lame Maker,		· ·	) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	38,000 (HW)	bold)	(Attach Proof of Ir (आय का साक्ष्य स	ncome) लग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX क्या आप आय कर दाता है (	(ASSESSEE (Tick whichever is applicabl जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	e):	'es / No ਗੱ / ਜ਼ਰੀ		
		FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years	) Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम् (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध DaudWe ग	
	1+net te	32		Daywe 1	
2.	Natieth	3.8	M	Soh	
3.	Sance	26	m	36h	
	Solves				
	BASIS for REGUEST	NG ASSISTANCE /Tick	whichever is applicable)		
	सहायता के लिय				
BPL Card (Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्रग (प्रमाण पत्र की छाया प्रति	ppy) (Attach Certificate C नाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छाया प्रति	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र ह		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		SE" for REQUESTING / ता हेतु किये गये विनती			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
11	Diagnos	1 - RE	- Service 1	of tarack	
	Dis Just	10			
		(5-	- Senile	Cataract	
) .	1 € 5105	with P	nma lens (	amb.	
				•	
		····			
	ASSISTANCE BEING AV इस उद्देश्य के हेत्	AILED for SAME "PUR कोई अन्य सहायता किसी	POSE" from OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?	S	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	अन्य स्त्रोत का नाम			ली गई सहायता राशी	
( '	DBCS		4,05	700/	

DECLARATION by APPLICANT: अविद्कृ हारा चोवणा पत्र:

liable for rejection/cancellation. 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,

was requested by me. 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshlika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance

for which this assistance is requested. 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

2) मेरे हार जो सहायता पारि एक जिल्हा के होते होते होते होते हरे कर के निर्मात होते हैं होते हिन होते हैं प्राप्त के हिन प्राप्त हैं। 

## (अप्रक एम्ब कर्नारः) THADIJ99A एवं THEMESRA

for which assistance is being requested. activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to

with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me. will not automatically entitle me for receiving or continuing the sald assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely 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,

मार्था, प्रसं को विवरण इस प्राप्त में थोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनारवा हूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपराब्धियों के दिस्य किसी की प्रसार माध्यम मार हर्म की के कारक तकुर्वीफ कि " किमियर केसड प्रीट राष्ट्रदेशक किछोकि" हेये के किए जिस होए कि तिमिश्र निरम्ध (कर्नार) में उनवापत पाछ कि दिवार कर कार कर साथ सड़ (I

ाई कुमधीर भिग्नष्ट व प्रमुद्धहाय किएपीरिक" प्राजी के रिज्य में त्या वार छन्छ। के स्थाप है । कि कुमीर प्राजी के रिज्य कि प्राप्त मि

। प्रार्ग शिक्षाक प्रीर महीर घोणने कि क्षित्र क्ष्म मध्य "काशीक" 

**АС**КЕЕМЕИТ by HOSPITME

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patienticase 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 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 (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

किसी हुई निमाभिप्र किट द्रम्प मिही लिक्सिर की है लिए दिन उपने में इन्हें किए को हिनी एक किसी एक किसी किसी किसी सम्मार्गास्या विन के मन्त्र में मन्त्र है। मन्त्र के मन्त्र के प्रकार के प्रकार कार्या कार्य कि मन्त्र के प्रकार के प "नाइक-डाक कार्जिक" हमड़ को कि ,ई क ि ार पिंड़ में हिमायतीर किट के तरि स्मार कि का हम कि का कार्जा कि कि का कार्जा कि कि कार्जा कि कार्जा कि कार्जा कि कार्जा कि कार्जा कि कि कार्जा कि क हमारे अभिष्युत, हस्ताक्षरी को से मान्येरोगो को मान के निवित सहायता हो हिए कि कि कि कि हस्सवात) मिन प्रकार के मान **व स्वीकार करते हैं।** 

।तिर्ग हिम् में रंगमाय सद् क्रिक्मिकी का तकमीय देतिक कि "तकाष्ट्रीक" प्रीठ विगति कि

निरित्रमंत्र प्रांशी क निकृतिन RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Manage Signatory of Reithorised Signatory (Manager Signatory Manager Signatory (Manager Signatory Manager Signatory Manager Signatory (Manager Signatory Manager Signatory Manager Signatory (Manager Signatory Manager Signatory (Manager Signatory Manager Signatory Manager Signatory (Manager Signator) (Manager Signatory (Manager Signator) (Manager Signatory (Manager Signatory (Manager Signatory (Manager Signator) (Manager Signatory (Manager Signator) (Manager Sig

िकशिक त्रुविक स्तातिक क्षितिक विश्वितिक विष्यिक विश्वितिक विष्यिक विषयिक विश्वितिक विश्वितिक विश्वितिक विषयिक विषयिक

MANNE MANNE THE WAR HAND WITH Stamp)

WAR BENNE WAS A STAMP OF THE PROPERTY OF

क्षान्तरिक वनयोग हेतू FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यासा हस्याक्षर ऽ SIGNATURE OF TRUSTEE 2

न्यासा हस्याक्षर SIGNATURE OF TRUSTEE 1

60

Date of Surgery

FIIद्रिनी तक ठाूंग्रेश ग्रि प्रशाप्ति के कञ्**ना**र

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: