AWR- 6-25-04-0869

		11001	-				ab.)			
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थय देखभास)			Koshika			
APPLICATION No.: A 0425 0084			APPLI	APPLICATION DATE: 2/64/25			Building black of life.			
NAME of APPLICANT :		3 10 01		AGE-YEARS SE	-्भर्ष	SEX first				
आवेषक का नाम				47 M			O. O. O.			
FATHER'S/SPOUSE'S N पिस/कटुम्म का नाम	A CALLED TO A CALL	Ani Rom								
	Sec. 1	PRESENT RESIDENCE ADDRI								
VIIIage Par			1824.	MINORT			1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
Ra	Jasthan- PE	RMANENT RESIDENCE ADDRI	ESS : स्थ	ई आवासीय पता			Preop Postop			
		Asglove					11.			
OCCUPATION:					Total	al la	1			
TOTAL ANNUAL INCOM	व्यवसाय पुराग्रहर					MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income)				
जुल वार्षिक आ य	(आप का साक्ष्य संलग्न)									
PAN No. THIS WISH THE		Cok whichever is applicable):		Yes /No	1					
क्या आप आय कर राता	है (जो मान्य हो उस	lick whichever is applicable): र पर सही का निशान लगाये।	E - 2011 22	हाँ / नह	9					
Sr. No.	Nan	ne of Family Member		DETAIL5 परिवार ge (Years)	Administration of the latest the	Gender	Relation with Applicant			
अम संख्या	परि	शर के सदस्यों का नाम	+	उम्र (धर्म)	_	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध			
1	Laro	Laro Bai		30		le.	Wife			
2			+							
			+							
		BASIS for REQUESTING	ACCIOTA	HOE CTIAL HARIAN	and the San	annifficable)				
		सहायता के लिये वि			ever is	аррисаціе)				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy अलप आप वर्ग प्रमाण पत्र		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड		opy) हाई	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य			
(प्रमाण पत्र की काया प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की काया प्रति सं			र करे।	करे। (प्रमाण पत्र की आया प्रति संलग्न करे।						
				ESTING ASSIST ये विनती का उद्दे						
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached									
क्रम संख्या	अस्पताल/कॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न									
1.	1. Diagnosis RE - Senie Cotaract						ict			
		LE -Senile Cataract								
- Value	12977		200		-	And the second				
2.	Durgery - E- SLC WHA PMMA									
- Internation		0 0								
1-19	No.									
		ASSISTANCE BEING AVAILE	ED for EA	ME "PURPOSE"	ferror (THER SOLE	705			
	_	इस उर्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहा	यता किसी अन्य र	बोत मे	लिया गया हो?	1201			
Sr. No. अस्म संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम			AMOUNT			of ASSISTANCE BEING AVAILED लो गई सहायता राशी			
	- E1									
		1								
	-									

DECLARATION by APPLICANT: आगेरक द्वरा मोचणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- is 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 धंपणा करता हैं कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पत्या जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार को कारायात गाँग "कोशिका फाउन्देशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्यगा, जो इस प्रास्त्र में घर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हैं कि दिस सहादत हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अर्तितक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न ते लिया है और न ही पिषिप्प में स्ट्रैग।

AGREEMENT by APPLICANT (अलंदक 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 प्रयत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउँहरन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा चम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन, वावना/या दूसरे उत्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी पी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रथत्र का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउँहरन" व न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकरण वो कि सहायता के उट्टेंस्पों से प्रापित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवल् उसके न्यासियों का निर्णय और बाच्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हरताधर या अंगूठे का निशान



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. इयारे अधिकृत, इस्ताक्षरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से खेन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तनान और न ही भिष्ण में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान में उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्टेशन" हो सिफारिश/देन्सित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" होता सहायता दिनति अशिका/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर प्रस्कारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से प्रहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रक्षता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी वैर प्रस्कारी संस्था या किसी अन्य प्राचन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाई या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्लेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रिका या किस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FO स्वीकृती के वि	नप् संस्तुति (
Date of Surgery ऑपरेशन को तारीख ऽो ६५ ४ ४	Mend. Rameez Reza M.B.B. M.S. Ophthalmology Reg. MName of Dick Regn. No. with Stamp)	YOGESH YADAV Assistant Administrator (Name, Depisor Assistant Administrator) on behalf of Hospital नाम व पर हमिलार अधिकारी जीकारी			
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	OUNDATION अन्तरिक उपयोग हेत्			
	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताकर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी इस्ताधर 2			
	Sufungel	lit !			