APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika
APPLICATION No.: M 0525 0097 APPLICATION DATE: आवेदम संख्या : M 0525 0097					Building block of life.
NAME of APPLICANT : ROM Muschi			AGE-YEARS आयु मार्च SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S च्लि/कटुम्म का नाम	MAME -	ar Sahay	61	+	LIFE SEMMENTS THE SUMMENT
	habun	PRESENT RESIDENCE ADDRESS		No 11	Prend Day
Alri Z		ERMANENT RESIDENCE ADDRESS	adech - 28	800	- Posto
		allo Or al	D 44		
DCCUPATION :	Home	naken			हिंस)- / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वर्षिक जाय	35	1000/-		(Attach Proof) (आय का साक्	of Income) प संलग्न)
PAN No. स्थाई खावा सर RRE YOU AN INCOME RE जाप आप कर दाता ।	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / Ni हॉ / न	o ही	
Sr. No.	1 00		WILY DETAILS परिवार	The second second	
इ.स. अ. इ.म. संख्या	74	me of Family Member खार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
3	R	un fai	27	M	son
		BASIS for REQUESTING ASSI सहाबता के लिये विनति		ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाचा प्रति संस्थन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण यत (प्रमाण यत्र को साथा उति संसम्य करे।	IIA)	ution Card uach Copy) मोक्ता कार्ड क्षाचा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
			EQUESTING ASSIST		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन भूमी संसम्ब				
	Brightodis RE Devil Cataract				
	AF Serie contanant				
	0		10		
	Magn	d 186 230	y with	p butter	1 Phs Camp
	1	V			
		ASSISTANCE BEING AVAILED to इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य	r SAME "PURPOSE" सहायता किसी अन्य स	from OTHER SOUR	ces
Sr. No. इस सहस्र	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्मीत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
		10.130		fore	

DECLARATION by APPLICANT: अरावेटक द्वारा घोषणा 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, fiable 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.
- 1) में घोषणा करण हैं कि इस प्रकर ने दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवारण एवं कथन असरय प्राथा कथा है तो मेरी सहायता निरस्त की या सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका तपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया कार्येगा, जो इस प्रक्रप में बरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सतायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का भारिक का सकत क्षित्रता किसी अन्य ब्रोत:नियोशक बीमा कम्यूनी से न तो तित्वा है और न ही पिष्णा 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 प्रवत्न पर अपने इस्ताका या अंग्ले को क्राप लगाकर, में (आवेरक) अपनी महमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यावीयों " को अधिकृत करता हूँ कि सेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याको, रान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से बुढ़ो गतिविधियों और उपलक्ष्यों के लिये किसो मी प्रसार माण्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आबंदक) इस बात से सहमद हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का तकच्य नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एथम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के इस्तावर का अंगूड़े का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL ((ERTIFIED BY WITH)

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.

हमारे अधिकृत, इस्तावधी की ओर से सामले लोगों को "कोशिका फाउन्देशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि न हो वर्तमान और न हो परिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वंत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/बिगति उक्त के सन्वय में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता किसी आन्य में स्वंतिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता किसी आन्य में स्वंतिका का है तो अस्पताल किसी आन्य मा किसी अन्य सन्वायता लेने का अधिकार सुर्यक्षत रखता है। इस पुष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल दिलीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कांशिका काउन्टेशन" से ली गई सहस्वता केवल वितिय प्रकृति की है। येगी पर ठरम्यताल द्वार दी गई सलाह या किये गये उपधार/प्रक्रिया का चुनाव सेगी एवं हरमताल के बीच का विषय है और "कांशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई द्वाय नहीं है। इसलिये हरमताल में रोगों के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हरमताल को होगी और "कांशिका" की कोई गूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery अपितन की तारीख (Name of Dr. & Rech. No. with Stemp) हास्टर का नाम व हर्नेग्रह्म व र्राव न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 वासी इस्ताक्षर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 वासी इस्ताक्षर 2