APP		M FOR ASSISTANCE आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय	1.17 (April 1977) 1 Th	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M/05-25-	0105	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी og 0	\$12.5	Building black of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Bake	1	AGE-YEARS ST	पु-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम					MAT BOTTLE	
Nagan	Man	Prodesh -	208605	атрон	prof pytop	
OCCUPATION :	farm	1	T YM I	MARRIED (Ranisa)	/ UNMARRIED (अविवासित)	
TOTAL ANNUAL INCC कुल वार्षिक आप PAN No. स्थाई खाता ।	AST C	7290		(Attach Proof of In	come) fire)	
ARE YOU AN INCOME		whichever is applicable):	Yes / No Wi / Fi			
या आप आप कर दात	ह (जा मान्य हा उस प		AMILY DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	Name o	of Family Member के सदस्यों का नाम	Age (Years) ভয় (বৰ্গ)	Gender ਇਸ	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद	
Ш	Hanis		30	H	Son	
	0.0		7			
(2)	Raj	KIIWOH	2.5	М	don	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनारि	SISTANCE (Tick which	ever is applicable)		
BPL Gard (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्या प्रति संलग्द करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काण प्रति संलग्न व	IA) PE	ation Card tach Copy) भोक्ता कार्ड । क्रम्य प्रति संसम्ब करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
			किये गये विनती का उर्			
Sr. No. क्रम संख्या	क्रम संख्या 🔘 👌 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रक्रियेश सूची संलग्न					
	bragnosis yesenili cataract					
	10		ye so	u v	- Consti	
	Dug	My YES	7(3 )	with m	ama leas con	
		SSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेत् कोई अ	for SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE:	3	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
		Poca		12/	or	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपणा 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, liable 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.
- मैं घोषण करता है कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुमार सन्य एवं सभी है। यदि कोई फिलाण एनं कथन असार्य पाया जात है तो मेरी सकावता निस्स्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सदायता एटिंग ोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य की पूर्ति के लिये फिया आयेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सदायता होतु यह प्रार्थना को गई है, उस राति का आँताक या सकल विस्ता किसी अन्य ओदानियोजक/बीमा कम्ममी से न तो लिया है और न ही पविषय में लीता।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेशक 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 प्रयत्त पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप सगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्क्रमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोतिका फाउंडेशन और उस्तकं न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और वे स्मिएण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोतिका" एवम् न्यामी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिसी थी प्रसार माध्यव से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का निवास मेरे इस्तान के पहले या बाद में करने के लिए "कोतिका फाउडेंसन" व न्यामी अधिकृत है।
- मैं (आवंदक) इस कत में सहमत हूँ कि मेश नाम, फता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: महायता का इकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बॉशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय और बाव्यकारी होशा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रस्ताक्षर या अंगुड़े का विकास



## AGREEMENT by HOSPITAL (EFFIRM ERI WAR)

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, इस्तकारी की ओर से मामले येगी को "स्रोशिका फाउन्डेशन" से विदेश सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो मतंबार और न ही श्रविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थाप या किसी अन्य स्वीत से ठका रोगी-पामले में लेंगे वा ले रहे है, जैसे कि इसने "कॉशिका फाउन्डेशन" से निफारिक/बिनति उक्त के सन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" झार मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" झार सहायत विनति ऑगिक-सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्दर उक्त रोगी-पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य भाषन से नहीं लेखा-लेखा।
- 2. "कोरिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायण क्षेत्रल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनान रोगी एवं इस्पताल के बीच का विकार है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबान नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोरिका" की कोई चुनिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं डोगी।

	RECOMMEN स्थीकृती	IDED FOR ACCEPTE के लिए संस्तुति	NCE		
Date of Surgery ऑपरेशन को जागेखर	Dr. Akash Kumar (M.B. S. D. S. (Name of Dr. & Regnil Novembre Stamp) डास्टर का नाम व इस्ताकृत के राज न		(Name, Designation Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्पक्षण अधिकृत अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOS	SHIKA FOUNDATION	आन्तरिक उपयोग हेत्		
SIGN	ATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हमताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2		
(5	efergel		live		