A	PPLICATION I सहायता	FORM FOR ASSISTA हेतू आबेदन प्रारूप	NCE	(Healt (स्थास्यय			Koshika	
APPLICATION No. उसकेदम मांचार :	8/0		APPLICATION DATE:			foundation Building block of life		
NAME of APPLICA		aclevamma		AGE-YEARS II	_	SEX frm	13 000	
FATHER SISPOUSE S NAME				75		F		
चिता/कटुम्म का नाम	1	O Kudrapp PRESENT RESIDENCE A		nino sumin m			79 6	
hothal	avadi.	Chamar	ajano	root minns in				
Farm	taka		7 0	<u> </u>				
		PERMANENT RESIDENCE A		स्वाई आयासीय पत		•	Prop, Postop	
Same as above							0126 Hahadevam	
OCCUPATION: - + Come maker MARRIED						RRIED (Preside	f) / UNMARRIED (अधिवाहित)	
TOTAL ANNUAL IN	COME				(At	lach Proof of I	income)	
PAN No. THE THE	THE TAY ASSESSED	P. 1. 17.1			/	as an imed	90.57	
्या अग्रेप आप कर द	ता है (जो मान्य हो	(Tick whichever is applicable उस पर सही का निशान स्थापे)		Yea His	îî			
Sr. No.	N.	ame of Family Member	FAMIL	Y DETAILS THEIR				
प्रत्य संस्था	4	परिवार के सरस्यों का नाम		Age (Years) 39 (30)		ender frin	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बद्ध	
			-					
			-					
		BASIS for REQUESTA महावात के सिये	Profe and	WCE (Tick whiche	ver is a	oplicable)		
BPL		EWII Certificate		170	ion Certo			
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण एव (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संस्तम करें)		(Attach Certificate Co अस्य आग वर्ग प्रदास (अगस्य पत्र की साम प्रति सं	(Attac		ाका प्रकार इसी Gopy) विता कार्ड सामा प्रति संलाच करे।		Any Other Basis/Proof are all toou	
		"PURPOSI	E" for REQI	JESTING ASSISTA	NCE:	setting west	255-100-2003	
Sr No.		सन्तापता	The state of the s	ाये विनतों का त ्रे श				
क्रम संक्रा	-	Modical Reports/Prescriptions Attached अस्यागल/टॉक्टर से जारी की गई प्रतिष्टेदन सूची संलग्न						
(i)	Diam	Diagnosis RE Calanart						
		Latina et						
						£ Gi	langet	
2)	~Q.				-		0	
9	- Simoer	Surgery RE Catanact + Pilos						
	100	/						
		ASSISTANCE BEING AVICE	en di est					
G: Wa		ASSISTANCE BEING AVAIL IN ICON & N wife	out willy	in "PURPOSE" fro सा विस्ती सम्ब स्वास	m OTHE में शिक्त	R SOURCES		
Sr. No. ऋम् साम्बा		NAME of OTHER SOURCE				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
	77.7 (200), 41.3(4)				_	सी गर्व संहामता ग्रसी		

DECLARATION by APPLICANT: आगेरास द्वारा चोचना पत:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & engoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I scientify 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.
- में प्रांचला करता है कि इस प्रांशप में एवं गये अभी विकाल मीरे जनकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकास एवं कथा जमान कक लात है तो की सहामात निरस्त की का सकती है।
- 2) भी द्वार को सहायता ग्रांस "कॉशका फाटच्टान", से ली क रही हैं, उपका उपयोग उभी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, के इस प्रारूप में पर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि किस सहस्था होतु यह प्रार्थन की गई है, उस गाँत का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य संतर्शनकेक्क, बीधा कमनों से न से लिया है और न ही भीक्या में लिया.

AGREEMENT by APPLICANT (SHOPE DR WITH)

- 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 requisited.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo 8 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 प्राय पा अपने इत्ताहर पा अंतर्त को छाप लगाकर, में (आवेदक) अपने माध्येत को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंदेशन और उसके न्याओंचें " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा कान, कार्त और जो विकास इस प्राय में मीवित है, उसे "कोशिका" एएम् नामी, रान, जाननान्य दूसरे उन्होंना से नुदी गीडिविधियों और उपलब्धियों के तिस्में किसी भी प्रमार माध्यम से प्रमारत करने के तिए "कोशिका फाउनेंगा" क नामी अधिकृत है। यो प्रपत्न का विकास में इत्तर के पहले के तिए "कोशिका फाउनेंगा" क नामी अधिकृत है।
- 2) पै (आवेरक) इस बाद से सदायत हूँ कि येथ नाग, घटा, फोटो और विधाल जो कि सतायात के उत्तरियों से प्राचित है पुछे त्या: सहायता का हकरात नहीं बनाता इस सम्बंध में "कॉटिका" एवम् उसके न्यांसच्ये का निर्माष और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदम में एम्स्सा या अंदर्त का निधा-

क्रिका क्ष्रिक पर्

AGREEMENT by HOSPITAL (\$1988 \$10 \$10)

By affuring 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 of in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation assentially 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 sature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the petient, 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.

हमारे लिपमून, इस्ताक्षरे की और से मायाने होने के "कॉशका पातन्तेशन" से जितिय स्वापक हेतू सिकाशि की जाती है, जिसे हम (हम्पशान) निम्न प्रकार से माना व स्वीकार करने हैं।

1) यह कि म सो प्रतिम्य और न हो भविष्य में जितित सवापक्ष किसे मेर सरकारी संस्थान पर किसी अन्य कोत से उक्त रोगी-मामले में लिये का ते रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्टेशन" से सिकाशिक किसी अस्ता किसी अस्त के सम्बद्ध में "कॉशिका फाउन्टेशन" इस महापत किसी अन्य के सामका है तो अस्ताल किसी अन्य से किसी अन्य सामका किसी अन्य से सहापत तेने का अधिकार मुश्तिस स्वाप्त है। इस पृथ्ति में स्वय्त कहा जाता है कि अस्ताला द्वितीय मदद उक्त ऐनी-मामले हेतू किसी सेन्य किसी अन्य साधन से नहीं लेगा लोगी।

2. "कोशिका कारावेशन" से ली गई महादल क्षेत्रल लिसिय प्रकृति की है। रोगी पर हम्पलल द्वार में मई मलाह या किये वये उपकारप्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं हम्पलल के बीच का किया है और "कोशिका प्रकृत्येशन" द्वार कियो प्रकृत को राज्य ने प्रकृति हम्पलल को होगी को "कोशिका" को कोई प्रविद्य प्रकृति हम्पलल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रविद्य या विष्णेरारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery
अगितन के ग्रिये स्वीकृती के लिए संस्तृति

Dr. Laxini Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Constitute of the five the f