APP	E	(Healthcare) (स्वास्थय देखपाल)			Koshika			
APPLICATION No.: V/0423/0146			APP	APPLICATION DATE : 2 आवेदन तिथी		04/23	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: Lila Wati				AGE-YEARS अपन-प		SEX frin	6	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता-कटुम्म का नाम	NAME: S	iyaram					(3) (5)	
Runish		PRESENT RESIDENCE ADDI			M	athura	Perecep Postop	
	ist. Mag	Phuray U.P. 2 ERMANENT RESIDENCE ADDI	8 00 RESS: T				icical 10314	
		same as	ab	ove				
occupation: Home Maker) / UNMARRIED (পৰিবাচিত্ৰ)	
कुत वर्षिक अय PAN No. स्थाई खाता स	WI111	360001-CF	am	14)		uttach Proof of I आयं का सक्य र		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	B	Yes / No हां / नहीं				
				DETAILS परिवार	_			
Sr. No. भ्रम्य संस्था	Ni vi	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
		Nehnu		60		M	Husband	
7.	Dharma		-	(3/		м	son	
3.								
	-		-					
			=					
			#					
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये रि	ASSIST/	NCE (Tick whiche	iver is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छावा प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Cop अल्प आय वर्ग प्रमाण पा (प्रमाण पत्र की समा प्रति संसर	py) (Attac च उपभो		tion Card sch Copy) तेक्ता कार्ड खपा प्रति संसम्ब करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				UESTING ASSISTA गर्वे विनती का उद्देर				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न								
		A Company of the Comp						
ME- Cotanact								
		0.00						
LE- Cataract								
Swigery- (E) STOS + PMMA								
	_			-				
		A POLICE AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF THE	en -				_	
		ASSISTANCE BEING AVAIL इस उद्देश्य के डेतृ कोई	अन्य सह	ME "PURPOSE" (यता किसी अन्य स्व	rom O iत से	THER SOURCE लिया गया हो?	5	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE			E AMOUNT o			ASSISTANCE BEING AVAILED ली गर्ड सहायता राशी	
14	DBCS			2000/-			AN AND AND AND AND	
	-				7			
					_			

DECLARATION by APPLICANT: SUITER EN 101111 171:

- 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 घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सरफ एवं सारी है। यदि कोई विवरण एवं कथन अस्तर्य ग्रांच जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्यता राशि "कोशिका पाउनोशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रक्रम में भग्न गया है।
- में पुष्ट करता है कि जिस सतायत हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस स्थित का आंशिक था सकल दिस्सा किसी अन्य ख्रांत:विचेतकावीम कम्पनी से न तो लिया है और न ही चिक्क में लिया.

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 प्रथा पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ट की छाप लयाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटों और जो विकाण इस प्रथा में मोर्थिक हैं, उसे "कोशिका" एक्स्न्यासी, पान, पायनप्रथा दूसरे उट्टेश्म से जुड़ी मितियिधियों और उपलक्षियों में लिसी भी प्रसार माध्यम में प्रशास्त्र करने के लिए आधिकृत है। मेरे प्रया का विकास मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत है कि मेरा राम, पता, फोटो और विवारण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्थत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑसम और बाल्यकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेरक के इस्तासर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (#स्पताल द्वारा करार)

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:

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
comfirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 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 आधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न वो वर्तमान और व ही धविषय में वितिय सहायता किसी मैं। सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त सेगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिफारिक/विनीत उक्त के सन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनीत ऑशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया जात है तो अस्थताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या फिसी अन्य सानायत से सहायता लेने का ऑधकार मुर्गधात रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथव से नहीं लेक्प/शंगी।
- 2. "कांशिका फाउन्मंशन" से ली गई सक्षावा। केवल लितिन प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा थी गई सलाह या किये गये उपबार प्रक्रिया का कुराब रोगी एवं इस्पताल की बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने नहीं मोरी विस्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूगिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery अवस्थान को वर्गवा Date of Surgery अवस्थान को वर्गवा DMC - 48540 (Name of Dr. & Regalino: with Stamp) (Name of Dr. & Regalino: with Stamp) Timeser को नाम व पर हम्बाक अधिकार अधिका अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जान्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यामी इस्तावर 1

पिकारिक अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी इस्तावर 1