SRE-C-25-06-0902

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika foundation
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	S106	25/0182	APPLICATION DATE आवेदन तिथी		Building block of life.
NAME of APPLICANT : मावेदक का नाम		Mustario	AGE-YEARS ST	ng-and sex first	
ATHER'S/SPOUSE'S शा/कटुम्प का जाम	and the same	uro Rafeek			
KURESH	p	ERMANENT RESIDENCE ADDR	Mad th	•	Pare Photo HERE Pare of Postof Mustari (0182)
CCUPATION : वचसाय OTAL ANNUAL INCOM	HO			(Attach Proof of In	
बुल कार्षिक आप PAN No. म्याई खाता मंद RE YOU AN INCOME या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE	0 000 Family Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yos/N 8// T		सन्) १५७
Cr Ha	1 15	me of Family Member	FAMILY DETAILS परिवा Age (Years)	(विवरण Gender	Relation with Applicant
Sr. No. क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	उम् (वर्ग)	Gender	, आवेदक के साथ मुख्य
(3)		erk	60	19	Hysband
(3)	Alex	1hi	37	N	Son
BPL Car	d	BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि EWS Certificate	नित आधार	never is applicable)	Any Other
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करे।		(Attach Certificate Copy आप आप वर्ग प्रमाण पव (प्रमाण पत्र की खावा प्रति संलन्	उपभोक्ता कार्ड करे। (प्रयाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		Basis/Proof अन्य कोई साहय
			for REQUESTING ASSIST तु किये गये विनती का उद्		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न				
	Diagnosis - KE - Senier Catavact				
	LE- senile cataliant				
		Surgery ASSISTANCE BEING AVAILE		from OTHER SOURCES	WITH PMMA
Sr. No.			अन्य सहायता किसी अन्य र	स्त्रोत से लिया गया हो?	ASSISTANCE BEING AVAILED
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम			ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवंदम द्वारा प्रोपणा 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 घोषणा करता है कि इस प्रकृष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सन्य एवं सभी है। यदि कोई विवरण एवं कथा असस्य ज्ञाय करता है तो मेरी सहायक निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो महायक शीर "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग तसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में घर गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहावता तेतु वह प्रार्थन को वह है, उस गाँश का ओंशक या सकल हिस्स किसी अन्य खेल-नियोजक/बोबा कम्पनी से न ले लिया है और न ही धीवण्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (species grid 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 disaeminating 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 Koshikai Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्न पर लग्ने इस्ताक्षर या अंगर्ट की छाप लगाकर, मैं (आयेरक) अपनी सहमात की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवरण इस प्रपत्र में पीपित है, उसे "कांशिका" एवस् न्यासी, दान, याचना/वा दूसरे उद्देश्य से जुडी पतिविधियों और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवनेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का डकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांक्षियों का निर्णय अतिम और बाज्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनंदर के इस्लावर पर अंगूरे का निमान



p-sut

AGREEMENT by HOSPITAL (SHIRLE STO WOT)

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 moster.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर में मागर्प-पेणी को "कोशिका फाउन्हेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विशिष सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य ब्लंड से उन्तर ग्रेगी/मामले में लेंगे या एं रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" हो प्रियमित्रा किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्तर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्तर में संकारता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मताल हितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सामन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिया फाउन्टेंशन" में तो गई सहायत केवल विदिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का क्रियं है और "कोशिका फारज्येशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्क नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पृथिका का क्रिमेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery (Name, Designation Salatump of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ऑपरेशन को सारीख DE SUNILIVERMA 18-6-25 (Name of Dr. A Roon, No. With Stamp) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व राजि, न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्त्यक्षर । न्यामी इस्तावर 2

30-11-2024