man-1-23-06-0420

. APPL	ICATION FORM FOR A सहायता हेत् आवेदन		(Health (स्वास्थयः		Koshika	
APPLICATION No.: M 0623 0201 APPLICATION DATE: 65					Building block of life	
NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम Maing			AGE-YEARS ST			
FATHER'S/SPOUSE'S वितामकटुम्म का नाम	Ejaj Kha	SIDENCE ADDRESS &	तुंमात आवासीय पता 2/0 - 101	OUT	ENGINA - MARKET TE MAKETA	
village khutan	khas, shah-lu	han PW1 Urda	or Porque	sh-24240s	Bre-op Post-op	
	15	ime as	above			
OCCUPATION:	Hmas1			MARRIED (विवाहित	f) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आप	25.000  - ( far	nily)		(Attach Proof of (आय का साध्य		
PAN No. स्थाई खाता संस् ARE YOU AN INCOME क्या आप आप कर दाता	ह्या TAX ASSESSEE (Tick whichever है (जो मान्य हो उस पर सही का र्	is applicable): नेशान लगाये।	Yes / No हाँ / नह			
e. No	Name of Family M		Y DETAILS परिवार	विवरण Gender	Relation with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों र	ember हा नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	िंग सिंग	आवेदक के साथ सम्बध	
	Signagudalin		35	- M	Son	
		-				
	-					
36						
	ļ					
		r REQUESTING ASSIST हायता के लिये बिनति आ		ever is applicable)		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate र गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति स		Certificate Copy) आय वर्ग प्रयाण पत्र	Ration Card (Attach Copy) उपमोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्ष्य	
		"PURPOSE" for REC सहायता हेत् किये	QUESTING ASSIST	ANCE:	1	
Sr. No. क्रम संख्या	Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached					
118 - Senile Cuturact						
surgery-118-3105 with Pmma Lens Camp						
	DHATSISSA PE HY	E BEING AVAILED for S देश्य को हेतू कोई अन्य स	AME "PURPOSE" हायता किसी अन्य र	बोत से लिया गया हो?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रीत का नाम		AMOUNT		of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	
	DBCS 9001-			1-		
	1215	<u></u>		7.000		

## DECLARATION by APPLICANT: अमोदक हारा योगमा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any faise statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) 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.
- में थोषणा करता हूँ कि इस फ्रारूप में दिये गये सभी विवाल मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवाल एवं कथन असत्य प्रया जाता है तो मेरी महायता निरम्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहस्वता राहि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की मृति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भग्न गया है।
- मैं युध्य करता है कि किस सहायता हेतु यह आर्थना की गई है, उस राति का आरिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही मिक्स में तुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वार 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की बाप समाकर, मैं (आमेदक) अपनी सहमात की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेश" और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो निकाण इस प्रपत्न में पोधिस है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, पान, भाषनात्र्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिनिधियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रमार माध्यम से प्रसातित करने के लिए "कोशिका फाउंडेसन" य न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सडमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फीटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर मस्कारी संस्था च किसी अन्य शाधन से नहीं लेगा/लेगी।

अववेदक को प्रस्ताक्षर या अंतृते का निशान



## AGREEMENT by HOSPITAL ( ( ( ( ) करात करा )

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:

- I) 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.
- इमारे आधक्त, इस्टब्स्टी को और से प्रमाने/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे इम (इस्सात) निम्न प्रमार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

  1) यह कि प तो कांगान और न ही घांचच्य में पिर्टिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उकत रोग्डे/मामले में लेगे या ले रहे है, जैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"

  में सिफारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाप मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकरत हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सनसम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्वस्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उसन सेगी/यामले हेतु किसी
- 2. "क्वीशिका चार-देशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल प्राप्त में गई सलाह या किसे गये अपकारप्रक्रिया का चुनान गेंगी एवं इस्पताल के बोच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ग्रेगी के इलाज मुख्या और आने जाने की साथै जिन्मेदारी ग्रेगी एवं इस्पताल की होगी और "क्वीशिका" की कोई पुनिका या जिन्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

		FOR ACCEPTEN लिए संस्तुति	CE		
Date of Surgery ऑपरेशन की तरीख	Or MAZIO RAME KHAN (Name of U.S. Regn. No. with Stamp) (See Tell of Regn. No. with Stamp) FOR INTERNAL USE of KOSHIK	A FOUNDATION	Aning Mishra (Name, Designatory of Authorised Signatory जिल्ला का अनुसार का अनुसार अधिक अधिक अधिक अधिक अधिक अधिक अधिक अधिक		
SIG	SNATURE of TRUSTEE 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2			
(5	rfugel		erre		