NOVA- C-23-05-2743

APPLICATI	ON FORM FOR ASSISTANCE पता हेतू आवेदन प्रारूप	(स्वास्थय दे	खमाल)	Koshika foundation
APPLICATION No.:	0 623 / 8206	APPLICATION DATE		Suliding black of life
WEST STREET, WEST	Surva Porgsad	AGE-YEARS STITE	वर्ष SEX लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम	3 obasign Ial			
U mail pa	PRESENT RESIDENCE ADDRES	ss वर्तमान आवासीय पता	ind stated	MARTINE TO STREET OF SURVEY PRASAN
ysta	Prodesh, 263	805		Bie-of Post of
18.1	PERMANENT RESIDENCE ADDRES	55 : स्याद आवासाय पता 201/ ट		
OCCUPATION:			MARRIED (Ballis	i) / UNMARRIED (অধিবাচিত্র)
HEMEL BANKINGS INCOMES	man 30,0001-		(Attach Proof of I (आय का साह्य र	
PAN NO. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX AS	SESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes/No डां/ नर्त	·	
क्या आप आय कर दाता है (आ	मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। ह	FAMILY DETAILS परिवार		
Sr. No. कम मंख्या	Name of Family Member पूरिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
	Ram lacleti	.30	P	lulte
		1		
	BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	SSISTANCE (Tick whiche	over is applicable)	
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्राया प्रति संलग्न		Ra	tigo Cárd sch Copy) गेक्ता कार्ड अया इति संसन्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
	"PURPOSE" f	or REQUESTING ASSIST	ANCE:	
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुवी संलग्न			
ser tion Diagnosis - Ris - Senile Contarract				Contariact
		118-	Benile	Cat 2219C+
2	Swigeny Ple SI	cs with	Pmma	tens comp
-	4 0 0			
	ASSISTANCE BEING AVAILE	D to CAME IN INCOME	from OTHER COURT	CFS .
	इस उद्देश्य के हेतू कोई	अन्य सहायता किसी अन्य	खोत से लिया गया हा?	
St. No. क्रम संख्य	NAME of OTHER SOU अन्य स्त्रोत का ना	URCE 4	AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
	DBCS		20	000/-
•				

### DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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.
- 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.
- 3) 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.
- 1) मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रकल में रिये राये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं नहीं है। यदि कोई विकास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायत निरस्त की का सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहामता राति "कोतिका फाउन्डेशन", से स्त्री का रही है, उसका उपयोग प्रसी वर्षश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुष्ट काता है कि किम सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ताति का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य म्रोक्टियोनक/योग कप्पनी से म तो लिया है और न ही मॉक्क्य में लूँगा।

# AGREEMENT by APPLICANT (आवंदक 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 प्रपत्त पर अपने हस्तावर या अंगठे की काप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "क्लंशिका फाउंडेशन और उससे न्यासीयां " को अध्यक्त करता हूँ कि मेरा नाम, पत्त, फोटो और जो विवास इस प्रपत्त में घोषित है, उसे "क्लंशिका" एवम् न्यासी, पान, वावनात्र्या पूर्वर उन्देश्य से जुडी गतिथिपियों और उपलब्धियों में लिये किसी भी प्रमार माध्यय में प्रसारत करने में लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवास मेरे इलाज के पहले या कर में करने के लिए "क्लंशिका फाउंडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाग, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे त्वत: सहायता का तकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कांशिका" एवम उसके त्यांसियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी शोगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के हस्तासर पा अंपूर्त का निशान

1000

### AGREEMENT by HOSPITAL (इस्ताम हुए 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 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.
 The assistance from Koshika Foundation.

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, हस्ताक्षरी को ओर से मान्यतंत्रींनी को "कोशिका फाउन्देशन" से निर्देश सहायता हेंद्र सिफारिश को जातो है, निर्मे हम (हस्ताता) निम्म प्रकार से मान्य व स्वोकार करते हैं।

1) यह कि म तो वर्तमान और न ही भविष्य में मितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उस्त रोगी/मामले में लेंगे मा ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश/विनित उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनित ओशिक/सकत हेतु मन्तुर नहीं किया बाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्याधन से सहायता लेने का अधिकार मुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य गाधन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली व्हें सहस्थत केंबल वितिय प्रकृति को है। सेनी पर इस्पाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रिक्य का चुनान रोनी युवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखन जी है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होनी और "कोशिका" को कोई भूगिका या जिम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी।

# RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery ऑप्टेशन को तारीख S o 6 2 3 Dr MAZHAR N KHAN M B B S M B F ICO (Name, Designations States of Authorised Signatory Host of Indian Acceptant FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 नासी इस्तावर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 नासी इस्तावर 1