APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healthcare (स्वास्थय देखम		Koshika	
APPLICATION No.: A/0625/ 02 41				ATION DATE : /2-		Building block of life.	
NAME of APPLICANT:				E-YEARS आयु नर्प	-वर्ष SEX शिंग	1	
Sharma Dilip Kymar Sharma				53	M	000	
FATHER'S/SPOUSE'S ! पिता/कटुम्म का नाम	NAME:	Taglier Prairie					
MINTER BIN	Terret	PRESENT RESIDENCE ADDRE	\$8 वर्तमा	र आकासीय प्रता			
/	J-Links	- 0		NAME OF T		Preof postup	
O Ru	althan-30	TWOS	50 · Tom	अस्त्रातीस पास		Preof Posty	
	PE	As alove		MAINTH VIII			
		1.13				- 1	
OCCUPATION: C						ल) / UNMARRIED (अधिवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME:					(Attach Proof of	Altri asserti appropriate a la l	
कुल वार्षिक आप	502500				(आय का साध्य	संसन्) ८/А	
PAN No. स्थाई खाला संस	BAI NY						
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (T	lick whichever is applicable): । पर सही का निशान लगाये।		Yes PNO हां (नहीं)			
वना आन आन कर नात	ह (आ नान्न हा का		FAMILY DE	ETAILS परिवार विवा	रण		
Sr. No.			Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
क्रम सख्या			- 84	श्र (वत्र)	लिंग	आवर्क के साथ सम्बंध	
	IIII						
			+		39		
	-		+				
			_				
	+						
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन	ASSISTANG	CE (Tick whichever	is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षमा प्रति संसम्भ करे।			I	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड रो। (प्रमाण पत्र भी स्थाय प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		The second secon		STING ASSISTANC	E:		
सहस्यता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	अस्पतास्थातां कर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
	ediagnosis RF - Senie Warrect						
	It - Senile Cateract						
	Super	Surgery - LE- SLCS WITH PMMA					
		750					
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for SAM	E "PURPOSE" from	OTHER SOUR	CES	
Sr. No. NAME of OTHER SO						of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता ग्रासी	
क्रम संख्या		करन स्वात का नाम				NO THE DISCHALLE CONT.	
	NI						
	_						

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा थत:

- 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/carroellation.
- 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) में भोकण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी किवरण मेरी आनकारी के अनुसार सन्द एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कमन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता सांत "कोशिका फाउन्डेश्वर", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उपेश्व की पूर्ति के लिये किया ज्वयेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करण है कि जिस सहायण डेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोश/नियोजक/बीमा कम्मनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में तुँगा।

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 प्रपत्र पर अपने इस्ताधर या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेरान और उसके न्यासीयों " को अधिवृत करता हैं कि मेरा चाप, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में सीपित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याबना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी मतिकिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिवृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोशिका" एवम् उसके न्यानियों का निर्णय ऑक्स व्यक्तियाँ होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्त्रकर या अंपूर्व का विशा

AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल क्रूप 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:

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 matter.
इमारे अधिकृत, इस्ताक्षणे को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भाविष्य में नितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्डेशन"
से सिफारिश/विनति उन्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य तीर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरवित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उका रोगी/पामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा-लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेसन" से ली गई सकायता क्रेसल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी पूर्व हस्पताल क्रेस बीच का विवय है और "कोशिका फाउन्डेसन" द्वारा, किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इस्लिन्ये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने जाने की सारी किम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रयक्ता या विवयदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery Mohd. Rameez Reza YOGESHYADAV ऑपरेशन की तारीख 1306-25 M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Massistante Admin Stanton Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Shroff's Champetya Hospital R型形型制型制度种组化到87. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्तासर 1 न्यामी हस्ताक्षर 2