APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)		Koshika	
			2,3000,000,000	N-MAYAZ)	foundation Building block of life.	
विदन संख्या :	M 0624 0253		THE LAND SHE			
AME of APPLICANT : विदक्त का नाम	Chandagyi	1	55	SEX INT		
ATHER'S/SPOUSE'S N	AME: /	-			A COMPANY	
ला/कदुम्भ का नाम	Kan Swatu P	DRESS TO	वि आवासीय पता	0 10	THE STATE OF THE S	_
Vak aguy	ya haikwa,	K	hegu,	Sandilud	Roll Ro	A
	PERMANENT RESIDENCE AD	edesh	्र <u>२</u> ६७	729		
	20		bove			7
			JUVC .			4
CCUPATION : यवसाय	Home meke	20			UNMARRIED (अविवाहित)	4
OTAL ANNUAL INCOM हुल वार्षिक आय	35000 -	famil	ly	(Attach Proof of Inco (आप का साहय संसर		$\perp$
AN No. स्थाई खाता संस		1	Yes / No			+
या आप आय कर दाता है	(जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।		सां / नती DETAILS परिवार वि	Carrell .		+
Sr. No.	Name of Family Member	I A	ge (Years)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के माथ सम्बद्ध	-
क्रम संख्य	परिवार के सदस्यों का नाम विश्वार halb	1	इस (न्हर्ष)	107	Son	
						Ť
	2					
						H
	BASIS for REQUESTI सहायता के लिए	NG ASSISTAN	NCE (Tick whichev	er is applicable)		1
BPL Can			1 Ratio	on Card	Any Other	I
(Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण गत्र अल्प जाव नर्ग प्रमाण गत		Copy)	उपमो	:h Copy) स्ता कार्ड	Basis/Proof अन्य कोई सास्य	1
(प्रमाण पत्र की साथा प्र			(प्रमाण पत्र को इ	श्रया प्रति संसम्न करे।	24.4 404 1044	
	"PURPO	SE" for REQU	ESTING ASSISTAL ये विनती का उद्देश	NCE:		
Sr. No.	1	Medical	Reports/Prescrip	ations Attached		,
क्रम संख्या	(A)	अस्यतास/हरि	करा ने जारी की गई	प्रतिबंदन सूची संलग्न	Cataract	+
	than nosis		Tre	Centre	Carraci	F
	V		1/2 (	Senie	Cataract	
2	A wypsy K	18. (	श्रीएड व	orth pmb	y few cu	4
					V	Ė
	0					
	ASSISTANCE BEING AV	AILED for SA	ME "PURPOSE" ( यतः किसी अन्य स्थे	rom OTHER SOURCES त से लिया गया हो?		
Sr. No.	Sr. No. NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		
क्रम संख्या	अन्य स्थात भी नाम					
	Decs			2	000	
	libro .					_

## DECLARATION by APPLICANT: SURE EN THE VICTOR VICTOR

- 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.
- 1) मैं चोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में रिवे गये सची विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं साही है। चरि कोई विवरण एवं कथन असत्य पापा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार जो सहायता गणि "कोशिका फाउल्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहापद हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आँशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोतानियोजकश्रीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में सुँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (उत्तरेक क्रथ 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 प्रणा पर अपने इस्ताधर या अंगते की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउँदेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवाण इस प्रणा में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यामी, रान, वाचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रमार माध्यम से प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रणा का विवाण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउउँसन" व न्यामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विशवण जो कि अवायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगुड़े का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (TENTER STI WORL)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामारेजीयों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सतायता हेतु सिकारिश की काती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/मामाने में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित आशिक/सकता हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल कियी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साथन से सहायता लेने का अधिकार सुर्यक्षण रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लोगी।

2. "कॉशिका फाउन्टेंशन" में ली गई सहायता कंचल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाक रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेंशन" द्वारा कियो प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृथिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति **Date of Surgery** Dr MAZHAR ऑपरेशन को तारीख M.B. A. S. Ales 0 12/06/24 on & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Reon, No. with Stamp) Michael of Hospital) डाक्टर का नाम वेश्वरताक्षर व रजि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 वासी हस्ताक्षर 1 न्यासी हस्ताक्षर 2