ADDI	ICATION FO		mom-C-S			1.00	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healti (स्वास्यय	hcare) देखमाल)	Koshika	
PLICATION No. : वेदन संख्या :	M/0620	1/0265	APP	PLICATION DATE	6124	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: Ram Sevak				AGE-YEARS 3	स्यु-वर्ष SEX लिंग		
THER'S/SPOUSE'S I		ubba				SALES OF SALES	
Rollagin	1200	PRESENT RESIDEN	CE ADDRESS TO	तंमान आवासीय प्र	021001.	PASTE PHOTO PARE (	
0 . 0	-	0.0	1	श्रिपा पठन	setmony	1000 1000	
A lactor		ERMANENT RESIDEN		वाई आवासीय पता			
		Chama	ces abov	9			
CCUPATION:				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कृत वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (ডাৰ ফা ফাফ মালাৰ)			
AN No. स्थाई खाता संस	<i>ज्</i> या					2010.19	
RE YOU AN INCOME ' श आप आय कर दावा ।	TAX ASSESSEE ( है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is ap: स पर सही का निशान	लग्यये।	Yes/N ¥t/ 7	ही		
Sr. No.	I No	Name of Family Member		MILY DETAILS परिवार विवरण Age (Years) Gender Rela1 with Applicant			
क्रम संख्या		परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)		आवेदक के साथ सम्बंध	
2							
			UESTING ASSIST के लिये विनित्त आ		hever is applicable)		
BPL Card EWS Certificate (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy)				4	stion Card fach Copy)	Any Other	
गरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्य आप वर्ग प्रमाण पत्र			र्ग प्रमाण पत्र	उपयोक्ता कार्ड		Basis/Proof अन्य कोई साह्य	
(प्रमाण पत्र को छापा प्र	ति संसरन ऋरे।	WORDINANIO WEST	CONTROL PROPERTY.	N. A. S.	MITAWA TAKACISI BAMAW	See Levi Se	
		~р		गये विनती का उद	देश्य:		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्मजल/डॉक्टर से शारी की गई प्रतिबंदन, सुवी संलगन						
W-1 11041	Higgne 8/8		41500000	KIE Serile cataract			
	1	0			0 -1		
				\$18-	Senile	্ৰেন্ডিগ্ৰ প্ৰ	
	0	- 1					
2	Sur	escy K	E Sha	0 401-	prima	tens camp	
	(	1 ()					
		ASSISTANCE BE	ING AVAILED for	SAME PURPOSE	े from OTHER SOURC स्वात से लिया गया हो?	CES	
			क हतू काइ अन्य र OTHER SOURCE	क्षांच्या उनस्य जनम	AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED	

ली गई सहायता राशी

Sr. No.

क्रम संख्या

अन्य स्बोत का नाम

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोपना पत्र:

- 1) 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.
- 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 चोकना करता हूँ कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विकाश मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकाश एवं कथन असरय याया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग तसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जागेगा, जो इस प्ररूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑलक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतः/नियोजकः/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

#### 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/activevements. 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 प्रवत्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे को खाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमीत को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेगन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा न्यम, प्रतः, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में पायित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन, वाबना/वा दूसरे उत्तरम से जुड़ी गतिविधियों ओर उपलब्ध्यों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के जाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहसत हैं कि मेरा नाम, चता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के ठर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय औतप और बास्यकारी होगा।

### APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

पैर सरकारी संस्था या किसी जन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



#### AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमशाल द्वारा भारत)

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.
- हमारे ऑफक्त, हस्ताक्ष्यों को ओर से मामले पोगी को "कॉशिका फाउन्हेंशन" से वितिष सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से बान्य व स्वीकार करते हैं।

  1) यह कि न तो वर्तमान और न हो पविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य क्वेत से उक्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" हारा मदद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" हारा सहायता विनति ऑशिकारसकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारों संस्था वा किसी अन्य सन्साधन से सहायता तेने का अधिकार सुरक्षित सक्तता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ग्रेगी/मामले हेतु किसी
- 2. "कोशिका फाउन्देशन" से ली गई सहायता क्षेत्रल विविध प्रकृति को है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दो गई सल्ब्रह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल
- के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्तेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की छारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विष्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

#