APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				lealthcare शस्थव देखभा		Koshika	
A DRI SCATICAL MACO	APPLICATION DATE: 03-03-2023			Building block of life			
NAME of APPLICANT:			ESTABLISH THE PARTY OF THE PART		SEX लिंग		
Mys Rishpoli			73		F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAM	E	PRESENT RESIDENCE ADDRES					
HEV PUTO I	PHOL	VTO JONANES	ss anni ma	1840hp	WH.	PHE OP POSTO	
	р	COMP O CO		य पता		Rishpali (0269)	
OCCUPATION :		Same ax a	MOVE.	Τ.,	About Donation	त) / UNMARRIED (अविद्यक्ति)	
प्रवस्त्य OTAL ANNUAL INCOME मूल वार्षिक आय	(Attach Proof of (आय का मास्य			Income)			
AN No. THE WINE THERE	NA				CONTRACTOR CONTRACTOR	ENTAL SE	
ARE YOU AN INCOME TAX	ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हाँ / तृती			
Sr. No.	100	nme of Family Member	AMILY DETAILS Age (Year		Gender	Relation with Applicant	
कम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		वस (वर्ष	5"	हिंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
	-			-		- 514 74	
						, cuestines	
				-			
			1	-			
			_	-			
				1			
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विना		k whichever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमरण पत्र (प्रमाण पत्र की सावा प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संस्थान		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ब (प्रमाण पत्र की खाया प्रति संलान करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य	
			or REQUESTING किये गये विनती		1	1//	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पतास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
	Lungnosis - RE - Senice Catariact						
	LF - Senier Cataract						
	OU	019е119 - 1 Е	-520	uli	th Pl	7/4/7	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य में हेतू कीई ठ) for SAME "PU	RPOSE" from (OTHER SOURC	ES	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR अन्य स्थीत का नाम					NT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आमेर का प्रेमा पा:

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 essistance is requested.

मैं भोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दियं गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। पदि कोई विवरण एवं करान असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकतो है।

2) मेरे इंग्र को महायक्त ग्रांत "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।

मैं पुष्टि करता है कि विस सहापता हेतु यह अर्थना की गई है, इस शशि का आँशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ओळिनियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और व हो धविष्य में लेंगा।

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 futilizent of the "purpose" for which assistance is being requested.

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 हस्त्राक्षर या अंगर्ट की छाप सामकर, मैं (आबंदक) अपनी सहपाँत की पुष्टि करता हूँ एवं "कंग्रेंशका फाउंडेशन और उसके न्यासीमाँ " को आंधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और यो निवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कंग्रिशका" एवम् न्यासी, यान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मान्याम में प्रमारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण परे इसाज के महत्ते या बाद में करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण परे इसाज के महत्ते या बाद में करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा जाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का डकदार गड़ी बनाताः इस सम्बंध में "कांशिका" एवम् उसके न्यांमिशों का निर्णय अतिम और साध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 अधिकृत, हस्ताक्षी को ओर से वामलेत्येगी को "कॉशिका काउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु विकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्सक्राल) निम्न प्रकार से मान्य म स्वीकार कार्त है।

1) यह कि न से वर्तपान और न ही पविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोध से उक्ता सेगी,वामले में होंगे का ले रहे हैं, जैसे कि इपने "कोशिका काउन्देशन" में सिफारिशणीवनित उक्ता के सम्बंध में "कोशिका काउन्देशन" द्वारा स्टर हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्देशन" द्वारा सम्बंध विनित्त आगिकारस्वाल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है से सम्बंध का किसी अन्य का किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्वका रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सस्पताल हितीय स्टर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी सीम्या या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लोगी।

2 "कोशिका जाउन्देशन" में ली गई सहस्यता लेक्न किंतिय प्रकृति की हैं। रोती पर हम्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकारप्रिक्षा का मुख्य संगी एवं हम्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षाव नहीं हैं। इसलिये हस्पताल में संगी को इलाव सुरक्षा और अपने काने की सारी जिस्सेगरी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई श्विका या जिस्सेशरी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03-03-2023

Dr. Ravi Raj Jain MBBS, DOMS (AMU)

(Name of Dr. & Regny No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व राजि. न. Ranveer Singh Sandhu

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behigh of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी शरवासर 2

Sofungel

lite_



Uniquir lds Milication Authority of India

THE MEDICAL PRINT PARTY IN THE WORLD SERVICE AND THE PRINT PARTY AND THE PARTY PARTY AND THE PARTY PAR

4310 8029 1005





