Mom- C-4-10-0900

APPL	JCATION FORM FOR सहायता हेतू आवेदन		(Healtho (स्वास्थय दे		Koshika	
APPLICATION No. : आमंदन संख्या :	M/1021/02	75 AF	PLICATION DATE : वेदन तिथी	4/10/204	Building block of life	
NAME OF APPLICANT : आवेदक का नाम Kedata rowth			AGE-YEARS 317			
FATHER'S/SPOUSE'S चिता/कटुम्प का सम	Kanolhai (	al		1 (/)	HAN SAITHER HANNERS SHOULD BE	
O Kon	dhai Jou (	ESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय पता विकास स्व	1831	A PASIE PRUIU NERE	
Ianai	, Khoʻsi ( PERMANENT R	2 5 1505 ESIDENCE ADDRESS :	स्थाई आवासीय पता		Preop Post-of	
		as above			TOTAL NEWS	
occupation : जनसङ्घ TOTAL ANNUAL INCOM		_ 1		MARRIED (Proof of I	f) / UNMARRIED (অফিবারিন)	
कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता संस्	500 N	Δ		(आय का साध्य	मंलग्न 🗗 🖊 🤲	
ARE YOU AN INCOME ? क्या आप आय कर दाता !	AX ASSESSEE (Tick whicheve दे (जो महन्य हो उस पर सही का	निशान लगाये।	Yes / No हां / नही			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		LY DETAILS परिवार f Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender हिर्मा	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध उँ छै-२	
8	Man Jacob		40	7/1	064	
2 2 2						
	BASIS F	or REQUESTING ASSIS गडायता के लिये विनति आ	TANCE (Tick whicher	ver is applicable)		
(Attach Card Copy) (Attach Certificate गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमा		WS Certificate h Certificate Copy) अग्रय वर्ग प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाम पत्र की छाया प्रति संलान करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
			QUESTING ASSISTAL गये विनती का उद्देश		10	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्प्रताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संस्थान					
	Diagnesis RE - Schile Cataract					
			,		1.50.71.01.7	
2	Swigery	(E. 8.	100 +10	c (loc	ase)	
	ASSISTANC	E BEING AVAILED for S	AME "PURPOSE" for	om OTHER SOURCE	S	
Sr. No. क्रम संख्या	NAM	वाचता ।कस्त अन्य स्त्राः	यता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो?  AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता ग्रशी			
	DBCI			2000		

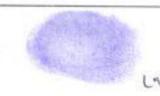
## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोषणा पत्र:

- 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.
- 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.
- में पोषण कात हैं कि इस प्रकल में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार साथ एवं साहि है। यदि कोई विवरण एवं कथन अखन पाया जाता है तो मेरी सहावता निरस्त की जा सकती है।
- मेर द्वारा को सहारका गणि "कॉशिका फाउन्टेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पार्ट के लिये किया करोगा को प्रमाण में बार मात्र है।
- 3) मैं पुष्ट करता है कि जिस महापता हेतु यह जर्मना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ग्रोट/निपोनक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लीगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आयेदक द्वरा 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.
- इस प्रवत्र पर अपने इस्तक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउउँशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता है कि मेग्र भाग, पता. फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवन न्यासी, दान, यावन/या दूसरे उन्हेश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों से लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विचरण मेरे इलाज के पहले या कर में करने के लिए "कोशिका फाउडेंगन" व ज्यारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायत के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायत का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निरमन



## AGREEMENT by HOSPITAL (TEVERS (1) 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, हस्ताक्षणे की ओर से मामले/गोणी को "कोतिका फाउन्डेशन" से चितिय सहायता हेनु किकारिश की जाती है, जिसे हम (इस्पातल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। वह कि न तो यर्तमान और न ही ध्यायम्य में विकिय सहायता किसी गैर सरकारी संख्यन या किसी अन्य स्वांत से उका रोगी/मागले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका काउन्होशन" में सिफारिश/बिनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायत बिनति ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्माधन से सहावता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पूरिट में स्पष्ट करा जात है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी-मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेंशन" से शी गई सहायता कोवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर तस्कताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपवार/प्रक्रिया का जुनक रोगी एवं हस्पताल के बीच यह विषय हैं और "कोशिक्ट फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार कर कोई रखक नहीं है। इसलिये इस्पतल में सेमी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पतल की होयों और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मोदारी इस मामले में नहीं होगी।

		ENDED FOR ACCE ती के लिए संस्			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	M.B.B.S,M.S,FICO (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) 11		Anurag Misra (Name Distagriation & Stand of Authorisms Signatory Dr.Shroff (entreplated the pital), spital Sah 31 3 3 7 (2014) 310 (31 (31 (41 (41 (41 (41 (41 (41 (41 (41 (41 (4		
	FOR INTERNAL USE of F	OSHIKA FOUNDA	TION आनरिक उपयोग हेत्		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताशर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताश्चर 2		
Č	Sufungel		lier E		

in the matter.