		Mom - C- 20	-0		触	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप				hcare) देखभात)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	M1072	40303	APPLICATION DATE		Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Ram	shou	AGE-YEARS 3	सथु-वर्ष SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S M पिता/कटुम्प का नाम		day for			1	
1		RESENT RESIDENCE ADDRESS	वर्तमान आवासीय ग	thesu.	THE SHEET OF THE SHEET	
Keg hou	pur.	Bankey			Procof Pas	
		MANENT RESIDENCE ADDRESS	म्यार आधारीय पत	501	170001 (10)	
	I Date		ist va			
		Same as	Above			
OCCUPATION :	1	10me meker		MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 91020 - Family (आय का साह्य						
PAN No. स्थाई खाता संस्		vo taming		Construction		
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (T)	ck whichever is applicable): । पर सही का निशान लगाये।	Yes/		7	
क्या आप आप कर चंडा	e fall and the an		MILY DETAILS परिव			
Sr. No. फम संख्या	Name	e of Family Member र के सदस्यों का नाम्	Age (Years) Gender उम्र (वर्ष) लिंग		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध	
(13)	9090	Kamlech	32	m	30n ·	
•		/ (
	1					
				-		
		BASIS for REQUESTING AS	SISTANCE (Tick white	chever is applicable)		
		सतायता के लिये विनरि	आधार			
8PL Card		EWS Certificate		Ration Card	Any Other Basis/Proof	
(Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अल्प अल्प वर्ग प्रमाण पप			Basis/Proof अन्य कोई सास्य	
(प्रमाण पत्र की साथा प्रति संलान करे।		(प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न ।			अन्य कांद्र सादन	
		"PURPOSE" fo	REQUESTING ASSI	STANCE:		
			किये गये विनती का उ			
Sr. No.			Medical Reports/Pre	scriptions Attached		
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉफ्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न					
0,	Diagno	SPS.	KIE Senile Patariact			
	0		118	Senile	Calarielt	
	-					
	A FERINA					
100						
3877.46	- 0	0.				
Bungling KIE Sics With					mma less	
		ASSISTANCE BEING AVAILED	for SAME "PURPOS	E" from OTHER SOURCE	S	
		इस उद्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्थ NAME of OTHER SOURCE			ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. क्रम <u>सं</u> ख्या		NAME OF OTHER SOUR	TWE.	ली गई सहायुता राशी		
	DPCS			anto.		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदण द्वारा घोषणा 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 assistance is requested.
- 1) में चोचना करता है कि इस प्रारूप में दिवे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कचन असरप पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।
- मेरे द्वार को सहायता गाँश "कोशिका फाठनोशन", से ली का रही है, उसका अंधवांग उसी उद्देश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायत हो। यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रांश का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोत/निर्याजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेरक 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 spliciting denations 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 प्रत्य पर अपने हासाधर या अंगठें की साप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में पाँचित है, उसे "कांशिका" एवम् न्यामी, दान, याचन्त/ब दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए आधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका चाउडेसन" च न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, जात, फोटो और विवस्त जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय जीतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्तावर या अंगुडे का विशान

AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमाता द्वार करा)

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 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.

हमते अधिकृत, इस्ताक्षरी को और से मामले/रोगों को "कोरिका फाठन्हेशन" से बितिय सहावता हेतु सिफारिश को कार्त है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफोरिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा भदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनीत ऑशिक/सकल हेतु मन्बूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताथन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्वय्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाठ-देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वार ये गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विचय है और "कोशिका फाउ-देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थाय नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी देगी पूर्व इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Tripathi **Date of Surgery** Dr. Shroff's-Charity Eye (Name, Designation & Charity Eye) ऑपरेशन की तारीख Mahammadikkheri o, with Stamp) डाबरर का नाम के साताबार के रहि 🕶 नाम व पर हरमताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताक्षर 1 न्यासी इस्ताक्षर 2