APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आसेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)							Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	A 07	45 0317	APP आवेश	LICATION DATE : (च रिव्यी			Building block of life.	Jit.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Rykmani				AGE-YEARS SITG-1		SEX RM	(50 A)	,	
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिड/कटुम्म का नाम	ME:								
Village- pac	have salan.	NT RESIDENCE ADDR	u her	विमान आवासाय पता	·A	109m	7	8	
Ruj	PERMANE	3 S.I.S. NT RESIDENCE ADDR		व्याई आवासीय पता					
		At Abo	CE_				Preop Postop		
OCCUPATION :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)							
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय	58000	- (Fami	H)		(A	ittach Proof of आय का सास्य	Income) संसम्भ	4	
PAN No. स्थाई खाता संख्य ARE YOU AN INCOME TA क्या आप आप कर दाता है		chever is applicable): ो का निशान लगाये।	£	Yes / No si / (नडी)				
CHARLES CO. CALLED				Y DETAILS परिशार	विवर्ण	T			
Sr. No.	Name of Fa	mily Member		Age (Years)		Gender	Relation with Applicant आयेर्ड के साथ सम्बंध		
क्रम संख्या	मिर्याप्या	रस्यों का नाम	+	उम्र (वर्ग)	_	लिंग 1 00	11146	\dashv	
		,	土			- Andrews		\exists	
(D)	(D) Synia			45		m	Soh	\dashv	
(2)	(a) lairah			25		Ŷ	daughted man	25	
	9/ /			-10		101	- CON 1 0-		
a) garvib			-	19		IM	grand con	\dashv	
			#		_			\exists	
	В	ASIS for REQUESTING सहायता को लिये 1	3 ASSIS1 विनति आ	TANCE (Tick whiche	over is	applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की क्षाया प्रति संतग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलान करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति र		opy) wiś	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
				QUESTING ASSIST/ । गये विनती का उर्दे			-		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						4		
1. Dicygnosis RE senile cataract									
	LE Senile catavact								
2.	Surgery - 1E- SZZS WITH PMMA								
	ASS	STANCE BEING AVAI	LED for	SAME "PURPOSE" रहायता किसी अन्य स	from बोत से	OTHER SOURCE	CES		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOUR					AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी			
		11114						- 0	
1.		MILI							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 चोपणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार को सहरकत रहि "कोशिका फाउन्हेशन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेण, जो इस प्रक्रम में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता मूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोद/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही म्यांब्य में शूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अस्पेरक 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further egree 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 Truslees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्न पर अपने इस्ताधर या अंगठे की क्राप लगाकर, मैं (आवेदफ) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवरण इस प्रपत्न में पांचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी पतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इल्लाब के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विधाण जो कि महायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

गैर माकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

आवेदक के इम्लक्षर या अंगुते 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मायले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में बितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे वा ले रहे हैं, नैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहस्यता विनति अशिकासकल हेतु मन्तुर नहीं किया जता है तो अस्थताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साथन से सहस्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

2. "क्रीशिका कातन्त्रेशन" से ली गई सहायता क्रेबल क्रितय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "क्रीशिका फाउन्स्रेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकार का कोई प्रकार का की है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और आने चाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "क्रीशिका" को कोई प्रिका या जिस्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आंसरेशन को व्यक्ति

Dr. Mohd. Rameez Reza
M.B.B.S. M.S. Ophthalmology
(Name of Dr. & Reign 760 (Mill) Stamp)
Regarding 100 (Name of Dr. & Reign 760 (Mill) Stamp)
(Name of Dr. & Reign 760 (Mill) St