APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					Koshika	
APPLICATION No.: A 06234320			PPLICATION DATE : (
NAME of APPLICANT	Rameshwa	r Prasad Bairw	AGE-YEARS STITE	-वर्ष SEX लिंग	25	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	Chunn	La Ramwa		,		
Village mal	viya Nagar	FILW 97 , Teh	·- Ulmax 1		6320 Rameshway Prasad	
OCCUPATION:				MADDIED (Ration)	TIGITW9	
TOTAL ANNUAL INCOME: (AI					ome) NA	
PAN No. स्थाई खाता र ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दात	मेख्या NA ETAX ASSESSEE (Tick whi । है (जो मान्य हो उस पर सह	िका निशान लगाये।	Yes / Mo हा / (नही			
6- No.			LY DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	परिवार के र	mily Member दरयों का नाम	Age (Years) তম (বর্ম)	Gender सिंग	Relation with Applicant आयेदन के साथ सम्बद्ध	
	4					
	(bina) N	11				
	+ 744 =					
	_				THE WALL	
	BA	SIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति आ	TANCE (Tick whicher	ver is applicable)	143111	
(Attach Card Copy) (Attach Certificate गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अस्प आप वर्ग प्रम		EWS Certificate Attach Certificate Gopy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र ग पत्र की क्रमा प्रति संलग्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड रें। (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संस्पन करें।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
	1		QUESTING ASSISTA गर्मे विनती का उप्पेर			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	DIAMOSIS RE - SENTLE CATARACT					
		CE - TOTAL CALARACT				
			25.00.000000000000000000000000000000000			
5	Surfery - LE-SICS WITH PMMA					
~	Surgery - Lt-SICS WITH PMMA					
los los	Ib Jaliga W. X. Armi	46-10-	407601	-Districtor Day		
	ASSIS	TANCE BEING AVAILED for S स उर्देश्य के हेतू कोई अन्य स	SAME "PURPOSE" fr	om OTHER SOURCES	-/	
Sr. No. ऋग संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्थोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता यही		
,	NIII					

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक 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's 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 भोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में रिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विकरण एवं कथन असल्य पामा जाता है तो मेरी सहायात निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहायता रहिं। "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्थ की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन को गई है, इस ग्रीह का आहिक या सकत दिस्सा किसी अन्य स्रोत/निवोजक/बीमा कप्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लेगा।

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 userpublish/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.
- 1) इस प्रश्व पर अपने इस्ताक्षर था अंग्रेड की छाप लगाकर, मैं (आवंदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हैं एवं "कांशिका कार्यडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउड़ेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मंदा जाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के उप्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एपम उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आनंदक के हस्साधर या अंगुड़े का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (प्रमाणन द्वार 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

हमां अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से पायले रोगों को "कोशिका काउन्तेशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (इम्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उक्त रोगी/पायले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्टेशन" से सिकारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सर्वायता विनीत अर्थिका प्राचनते के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" हारा सर्वायता विनीत अर्थिकार संख्या प्रवित्ति अर्थिकार स्थापता विनीत अर्थिकार स्थापता विनीत अर्थिकार स्थापता के कि अस्पताल दितीय पर उक्त रोगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2 "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनाव गैंगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका चाउन्डेशन" द्वारा कियो प्रकार का कोई दक्षाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इल्हन सुरक्षा और आने आगे की गरी कियोगारी गेंगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई पृथिका या कियोगारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Date of Surgery ऑपरेशन की वारीख Dr. BASITALI LAKHANI DNB (OPHTHAL)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इत्तरर का नाम व हत्तामा व र्राच न CHARAN MASSEY

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Dr. Shrofts Eye (1997) Hospital

नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्त 2

Sofungel