mom C-23-07-0517

, APP		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन ग्रारूप		thcare) र देखभाल)	Koshika	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	Mo	723 0333	APPLICATION DATE	07/23	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT : Sem. अवदः का नाम Sem. अवदः का नाम Sem. अवदः का नाम जन्म इस कि						
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME: A	re lal			W SEN KINI W STREET	
Tikout		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	S वर्तमान आवासीय प	n	A DEL KUNI IN WHOST OF	
11 DAGI	UHan	0	Y-1		Bre-of Post-of	
	THE RESERVE AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS	5 : स्थाई आवासीय पत	T.		
		same ou	above			
OCCUPATION :	Hom	e mekan		MARRIED (Ruffer) / UNMARRIED (अविधाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOL	ME-	Λ.	١	(Attach Proof of I	ncome)	
PAN No. स्थाई खाता सं	रध्या	0	/	(आप का सास्य स	10-1)	
ARE YOU AN INCOME क्या आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE है (जो मान्य हो र	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes / !			
			MILY DETAILS THE			
Sr. No. ऋम् संख्या		ame of Family Member रेबार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
		TOP TO SERVICE STATE OF THE SE				
		BASIS for REQUESTING ASS सहायता के लिये विनति	BISTANCE (Tick whic आधार	hever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसान क	- व	Ration Card Misch Sopy) पर्भोक्ता कार्ड ही छावा प्रीत संस्तान करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
			REQUESTING ASSIS किये गये विनती का उर			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारों को गई प्रतिबंदन सुची संलग्न					
अन्य संद्या	£	Diagnosis- RIE- Serile cataract				
	119- Service Cutoriact					
2	Sug	yeary Lie- ste	s with	Pmme	Lens Camp	
		ASSISTANCE BEING AVAILED I	or SAME "PURPOSE	from OTHER SOURCE	s>	
Sr. No. NAME of OTHER SOU				ायता किसी अन्य स्थोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILE ली गई सहायता राशी		
क्रम संख्या	266			20001-		
-		DBCS		7.0	001-	

DECLARATION by APPLICANT: आनेएक 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 घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहावता निस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायत गति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी डदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सतायता हेतु पह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल दिस्सा किसी अन्य खोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से व तो लिया है और न ही पविषय में लुगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अववेदक 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 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 हस्ताक्षर या अंग्रिट की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाय, पता, पतेशे और जो विवरण इस प्रपत्र में श्रीयत है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वावनात्वा दूसरे उन्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेश नाम, पता, फोटो और विकरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवप उसके न्यासियों का निर्णय ऑक्स और वाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेरक के प्रस्थापर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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, हस्ताक्षणे की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पक्षल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न को वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसो गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उसन रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

में सिफारिश/विनति उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा सहायता विनति आंशिका संबंदा हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्मताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरवित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दिलीप मदद उका रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" में ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्यताल द्वारा पी गई सलाह या किये गये उपवार/प्रक्रिया का युनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच कर विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने व्हाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकती के लिए संस्तृति **Date of Surgery** shra Anut Dr MAZHARIN ऑपरेशन को टारीख stration Manager M.B.B.SMANSM (Name, Designation & Comp of Authorised Signatory on behalf (Hospital) 07/07/23 U P INName of Bros Rhon NB Svith Stamp) नाम व पह हस्पतीच् और डाक्टर का सम वे इस्ताक्षर व पत्रि, न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1