APP		ORM FOR ASSISTANCE तू आवेदन प्रारूप	(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)		Koshika	
PPLICATION No. : वेदन संख्या :	M/0825	10349 AP	PLICATION DATE :	100	Building block of life.	
AME of APPLICANT वेदक का नाम	Chilac		AGE-YEARS WIT	यु-वर्ष SEX लिंग		
THER'S/SPOUSE'S श/कटुम्प का नाम	AKCHI-	Doi				
Behou	purpo	PRESENT RESIDENCE ADDRESS	Lischer C	Hay	ENCE TO SERVE A	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					pane op postop	
occupation: Home prokert- rotal annual income: 34000 —				MARRIED (निवाहित	पाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
				(আৰু ফা নাহৰ মাল্য		
UN No. स्थाई खाता स	स्रमा	(Tick whichever is applicable):	Yes / No	9		
। आप आप कर दाता	है (जो मान्य हो र	इस पर सही का निशान लगाये।	हाँ / ना LY DETAILS परिवार			
Sr. No. क्रम संख्या	N. Y	ame of Family Member रिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
all.						
AN C						
		BASIS for REQUESTING ASSIS		ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाण प्रति संलग्न करे।		सहायता के लिये विनति अ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्राया प्रति संलग्न करे।	RI (At	ation Card tach Copy) भोकता कार्ड ो सम्या प्रति संसन्त करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
			QUESTING ASSIST ये गये विनती का उद्			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
	Digneris Ric service cataract					
	Sweet	Surgery 210 senile cataract.				
45.	V	218 905	Parma	201 Ca	mmy.	
		ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उद्देश्य को हेत् कोई अन्य	SAME "PURPOSE"	from OTHER SOURCE	S	
- 2 - 4	1,00	NAME of OTHER SOURCE	Dieta de Carallella de Caralle	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
Sr. No. क्रम संख्या	1	अन्य स्त्रोत का नाम		Control of the contro	ला गई सहायता राशा	
Sr. No. क्रम संख्या				2000/	ला गई सहायता राशा	

DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा घोषणा 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.
- 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.
- में धीवना करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी कानकारी के अनुसार साथ एवं सबी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असस्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो स्वायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल में घर गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि विस सहायत हेतु वह प्रार्थन की गई है, उस ग्रीश का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोल/नियोजक/बीमा कस्मनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में लूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (आगेटक 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 प्रयत्र पर अपने इस्ताबर या अंगठे की बाप लगकर, मैं (आवंदक) अपनी सङ्गति की पुष्टि करता हूँ एवं "कांगिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्त, फोटो और जो विवरण इस प्रथत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन, यावना/या दूसरे उत्तरिय से बुढ़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रवार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथत का विवरण मेरे इलाव के पत्तने या बार में करने के लिए "कोशिका काउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, घटा, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उर्देश्यों से प्राधित हैं मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "बोतिका" एवन उसके न्यासियों का निर्णय अतिव और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आगेरक के हस्ताधर या अंगूते का निशान

P-P

AGREEMENT by HOSPITAL (FARMER SIE WEEK)

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:

(hospital) into 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 Hoshika 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

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.

हचारे अधिकृत, हस्ताक्षणे की ओर से भामले/रोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, निसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तभाग और न हो भविष्य में तिरिय महायता किसी गैर सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्वोत से उक्त रोगी/भामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से सिकारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक-स्वकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य मां किसी अन्य सन्तायत से सहायता लेने का अधिकार सूर्यक्षत रखता है। इस पूष्टि में स्वष्ट वहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/भागते हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य ताथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका करत-देशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर इस्पतल द्वार दी गई सल्बह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइन्बेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोई दबाब नही है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आयोग को लिए संस्तृति Deepak Tripathi Administrator M.B.B.S.,M.S. (Namborial Regil 16 1/16 Stamp) क्रीस्टर का नाम व इस्ताबार व रवि च FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्ताबार 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताबार 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2