Mom. C-25-00-1710

APPLICATION No.: M आवेदन संख्या :	10825	1	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)					
AND THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TWO I	11/26/	10747		ICATION DATE:	28/25	Building block of life.		
NAME of APPLICANT:			Children and Children	AGE-YEARS STO	वर्ष SEX f	रिलेग		
आवेदक का नाम Kall Chanan				75-	M	7.		
FATHER'S/SPOUSE'S NAM	ME	•				10		
Polaryan	Shady PE	PRESENT RESIDENCE ADD	MEGG: 19	मान आयामीय पता प्रेट प्रिक्त क्षेत्र प्रमाणित है व्यक्ति अवासीय पता इक्रिक्ट स्ट्रिक्ट	roder b	ME KALTCHARD WITTERS WITTERS WITTERS AND POST OF		
OCCUPATION :					. wannen /	(Regist) / UNMARRIED (Schedist)		
TOTAL ANNUAL INCOME:						THE PARTY OF THE PARTY PROPERTY OF THE PARTY OF THE PARTY.		
कुल वाएक आव						oof of Income) साक्य संलग्न)		
PAN No. 단체를 경제해 대명제 ARE YOU AN INCOME TAX		Tick whichever is applicable)	k:	Yes / No				
या आप आय कर दाता है ((ओ मान्य हो उस	। पर सड़ी का निशान लगाये।		हां/ नही				
Sr No.	Sr. No. Name of Family Member			DETAILS परिवार वि Age (Years)	ववरण Gender	Relation with Applicant		
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम		उम्र (वर्ष)		सिंग	आवेदक के साथ सम्बध		
1) Tinte		ч		4	m	Jan.		
			-			-		
			-					
		BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	IG ASSISTA	NCE (Tick whiches	rer is applicab	Die)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संस्तन्त्र करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथा प्रति संसान करे।		Ration Card (Attach Copy) उपयोक्ता कार्ड (प्रयाण यत्र की छाया प्रति संसन्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य		
				JESTING ASSISTA गर्मे विनती का उद्देश				
Sr. No. क्रम संक्षा								
	Dignesis (10 semile cataract							
The sale	216 serile Cataract.							
	Singery							
	Alf 515 Pmma 201 Campy							
	PROPERTY.	District I						
	DO B I	ASSISTANCE BEING AVA	ULED for SA	ME "PURPOSE" I	rom OTHER S	ources		
Sr. No.		इस उद्देश्य के हेतू क NAME of OTHER S		ायता किसी अन्य स्व		OUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
क्रम संख्या	अन्य स्थीत का नाम					ली गई सहायता राशी		
	DBC S				2000			

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 & 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 धोषण फरता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विश्वरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। परि कोई दिवरण एवं कथन असाय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक रहिं। "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही हैं, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य प्रांत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य में स्नुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SPREE STI WITE)

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 प्रयत्न पर अपने हस्ताक्षर या अगढे की क्राय लयाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "काँशिका काउँद्वेशन और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, यावना/या दूसरे उत्तेशन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार याध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अवंदक) इस बात से सहसद हूँ कि मेरा नाम, पटा, फोटो और विवरण जो कि सहस्थता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का तकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के इस्ताधर या अंगूते का निशान

() L-1

AGREEMENT by HOSPITAL (ETHIN BRI WIRL)

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:

I) 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

2) The assistance from Rosinka Foundation is only infancial in nature. The chock of the destination of 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.

हर्पारे अधिकृत, हन्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्द्रेशन" से वितिष सहायता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे हम (हरनताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तवान और न हो भविष्य में वितिष सहायता किसी गैर सरकाएँ संस्थान या किसी अन्य स्थात से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका पाउन्देशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" इस महर तही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय परंद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी पैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से तही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यतल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अरने काने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रियका या किस्मेदारी इस प्रायल में नहीं होगी।

Date of Surgery आगरेशन को तारीख Dr. ARSh Kuprar M.B.P. S.M.S. (Deepak Tripate Administrator को तारीख M.B.P. S.M.S. (Deepak Tripate Administrator Deepak Tripat