		VRN	-C-21	-09-07	90	
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखमाल)		Koshika	
APPLICATION No. : शावेदन संख्या :	V/092		PLICATION DATE : दन तिथी	12/09/21	Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: Dhup?			AGE-YEARS STE	नवर्ष SEX हिनेग		
ATHER'S/SPOUSE पेता/कटुम्प का नाम	S NAME: Ch	ahat PRESENT RESIDENCE ADDRESS				
		euseras, Devac	nas, Per	scres	Proces Postop	
	Diat. M	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS :	201502 यह आवासीय पता		Proof Postop (0352) Dhubi	
	5	lame cas ca	bow		, bruip	
DICCUPATION: Sout					/ UNMARRIED (अविवाहित)	
FOTAL ANNUAL INCOME : NA				(Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न)		
AN No. स्याई खाता RE YOU AN INCOM	E TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable): इस पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हाँ / नहीं	A		
		FAMILY	DETAILS परिवार वि		2	
Sr. No. क्रम संख्या	Ni qi	ame of Family Member रेवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender तिम	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
0						
		BASIS for REQUESTING ASSISTA सहायता को लिये विनति आध	Control of the Children of the Control of the Contr	er is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Gopy) अल्प आय वर्गे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्तवा प्रति संसान करे।	(Attac	on Card :h Copy) क्ता कार्ड प्रया प्रति संसम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
		"PURPOSE" for REQU सहायता हेतु किये	.I UESTING ASSISTAN गर्मे विनती का उद्देश्य			
	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सुची संलग्न					
Sr. No.	RE - Black Cataract					
Sr. No. ऋम संख्या		KE -	- Black	Catar	ect	
		KE -	- Black	Catan	act	
		KE -	- Black P.P.	(Catar	ect	
		KE -	- Black P.P.	Catar	961	
		LE -	P.P.			
		KE -	P.P.	EICS + I		
		ASSISTANCE BEING AVAILED for SA	P.P.	SICS + I	ه ا	
ऋमः संख्या Sr. No.		ASSISTANCE BEING AVAILED for SA इस उद्देश के हेत् कोई अन्य सहा NAME of OTHER SOURCE	P.P.	SICS + I	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	OBCS	ASSISTANCE BEING AVAILED for SA इस उद्देश के हेत् कोई अन्य सहा	P.P. ME "PURPOSE" fro	SICS + I		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक छा। फीपणा 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 assistant liable for rejection/cancellation.

2) 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

was requested by file.

3) 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.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रक्रण में एवं गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सस्य एवं सही है। यदि कोई विकाण एवं कथन अस्तय पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गाँ है, उस राशि का आशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लूँगा।

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 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगानर, में (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए ऑधिकृत है।

2) मैं (अववेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सत्तायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में

"कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेदक को इस्ताक्षर या अंगुडे का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (TENTION TO WAR)

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

हमारे आधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर से मामलं/रोगी को "कोशिका काउन्हेंशन" से विदिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पविष्य में विशिव सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन" से सिफारिश/बिनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" हारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्हेंशन" हारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्त्रुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सतायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगी पर हस्यताल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यवाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिप्सेहर केंग्री पर्व हस्यवाल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिप्सेहरी इस मामले में नहीं होगी।

Administrator RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE M.B.B.S., DOMS, DNB **Date of Surgery** OW ऑपरेशन की तारीख DMC 82893 (Name, Designation & Stamp of Acting sed Signator (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी डाक्टर का नाम व इस्ताभस में रजि. न. आन्तरिक उपयोग हेत् FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 2 न्यसो इस्तासर १