MOM- C-25-08- 1980.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल)							Koshika			
APPLICATION No. :	APP आवेर	LICATION DATE:	81:	re .	Buildie	ng block of life.				
NAME of APPLICANT :				AGE-YEARS STT		SEX Rein				
आवेदक का नाम (अ० Кэнам				65		111-		-		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME! पिता/कटुम्म का नाम HWOY NoTh										
b/an-	Pup.B	PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS W	dun anadia val	7	H for		-GOXANVINGOLD		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता							LO-DEPT SA	No Part CES-OF 1850		
		Same as	91	nove-			priego	postop		
OCCUPATION:					MA	PRIED (Balke	) / UNMARRIED	अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME:				(Attach Proof of			AMAZON O DESCRIPTION CONTRACTOR INC.			
कुल वार्षिक आय		30,000			Ϋ́	आय का साक्य र	र्गलन)			
PAN No. स्थाई साता सं ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):		Yes / No	_					
क्या आप आय कर राता	है (जो मान्य हो ठ	स पर सही का निशान लगाये।	FAMILY	हां / नहीं DETAILS परिवार रि	anyon					
Sr. No.	Na	me of Family Member	Age (Years)		and the latest designation of	Gender	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम			उम्र (वर्ष)	_	लिंग				
1- fam		Milah		29		2	Son			
	_		$\vdash$		_					
	_		+	-						
			=							
HE		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये बिन			rer is	applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की झामा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संसरन	Copy) (Ai ग पत्र उप		ation Card fach Copy) घोलता कार्ड ो सावा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य			
- 1				UESTING ASSISTA गये विनती का उद्देश						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी भी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न									
	Dignos	Dignosis Ric sende adarat								
	surgery RLIE centle cataract									
	TEN MARIE	LIE STES PORMO 200 CAMMA								
	77	Unantonia	-							
		ASSISTANCE BEING AVAILE	D for S	AME "PURPOSE" fo	rom C	THER SOURCE	E8			
Sr. No.				हायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? AMOUNT			OF ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या		अन्य स्थात का नाम DIACS			20001.			सी गई सहायता राशी		
		DBC			0	(600)				

# DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा पोदणा 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विकाण एवं कथन असाथ पापा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की वा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सहरवता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जागेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस तरित का आरितक या सकल हिस्सा किसी अन्य फ्रोत: नियोगक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविष्य में तुँगा।

### AGREEMENT by APPLICANT (आगेट्स 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 प्रथत पर अपने हरताकर या अंगठे को काप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "काशिका काठडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रथत में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रचत का विकाण मेरे इलाव के फाने या बाद में करने के लिए "कोशिका जाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा ताम, यता, फोटो और विकाण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी होगा।

# APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्थाएक के इरशाधर या अंगुरे का निशान



### 

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 आंधक्त, इस्ताक्षी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्देशन" से जितिय सहायता हेतु सिफारिश की काली है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो चर्तमान और न ही भविष्य में जितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेत से उक्त रोगी/भामले में लेंगे वा से रहे है, कैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन"
से सिफारिश/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा घरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्देशन" द्वार सहायता विनीत आशिकासकल हेतु सन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल
किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राक्षत रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्यताल द्वितीय सदद उक्त रोगी/मायले हेतु किसी
तैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगालगी।

2. "क्षीशिका कातन्त्रेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाह या किये गये तपवार/प्रक्रिया का चुनान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "क्षीशिका फाउन्ट्रोशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "क्षीशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस नामले में नहीं होगी।

# Pate of Surgery आंगोल के लिए संस्तृति Date of Surgery आंगोल को तारीख Deepak Pripathi Administrator Deepak Pripathi Deepak Pripat