Mom - (-25-08-1959.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभात)					Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	4/0825	10357 APP	THE TOTAL PARTY OF THE PARTY OF	08/25	Building block of life.
NAME of APPLICANT		d Verma	AGE-YEARS		
FATHER'S/SPOUSE'S	NAMI)	4	(g)		-
पिता/कटुम्भ का नाम	ran M	PRESENT RESIDENCE ADDRESS TO	नेवान आस्त्रातीय चन		3
bhandsa		or s by languages	Lakhi	MDUST	September 1
	P	ERMANENT RESIDENCE ADDRESS : T			\$17.7 mg Ap
		Same as about	IP.		Rneop postop
OCCUPATION:				1	A = 5 = 5 A
TOTAL ANNUAL INCOME:					त) / UNMARRIED (अविवाहित)
कुल वार्षिक आय	30	(1000)		(Attach Proof of (आय का साक्य	
PAN No. स्याई खाता सं	श्रवा	(Tick whichever is applicable):	Water		
क्या आप आव कर दाता	है (जो मान्य हो उ	ास पर सही का निशान लगाये।	Yes / No ভা/ন	ही	
Sr. No.	FAMILY DETAILS परिवार निवरण Name of Family Member Age (Yoars) Gender				
क्रम संख्या	प	रेवार के सदस्यों का नाम	उप्र (वर्ष)	Gender सिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
-					
		BASIS for REQUESTING ASSISTA सहायता के लिये किमति आश	UNCE (Tick which	ever is applicable)	
BPL Card (Attach Card Copy) गरीमी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कामा प्रति संतरन करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अरुप अरुप वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को क्या प्रति संतग्न करे।	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को सावा प्रति संसान करे।		Any Other Besis/Proof अन्य कोई साध्य
		"PURPOSE" for REQ सहायता हेतु किये			
Sr. No.	T		-	riptions Attached	
क्रम संख्या	अस्मतासामाविदर से जारी को गई प्रतिसंदन सूची संसनन				
	1000	1.	Y		
- 0	Dignosis Ric Sewlo Cataract				
	Siegury 2/ Eschlo Catanat				
	Value O				
- 213	1071(107)(17)	RIG SICS PMI	na	20)	Canny "
700	75 Ay 15	TQ#IIIIS			
	THE PROPERTY.				
		ASSISTANCE BEING AVAILED for SA इस उर्दरेश्य के हेतू कोई अन्य सह	UME "PURPOSE" ।यता किसी अना र	from OTHER SOURC ओत से लिया गया हो?	ES
Sr. No. कम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वोत का नाम		AMOUNT		FASSISTANCE BEING AVAILED
ACS SITER		ORCS अन्य स्वात का नाम		20001-	ली गई सहायता चर्ती
				-	

## DECLARATION by APPLICANT: अलेटन द्वारा पोत्रणा पन:

- 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.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshike Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 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.
- 1) मैं भोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी जानकारों के अनुसार सत्य यूचे सही है। यदि कोई विकरण एवं कथन असाथ फमा जाता है तो मेरी सहाच्या निस्ता की जा सकतों है।
- 2) मेरे द्वारा जो समायता प्राण "कांतिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी वर्षेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घर गया है।
- मैं पुष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का आँशिक का सकत हिस्सा किसी अन्य प्रोतिनियोजक बीपा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लूँगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेश्यः 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 उपत्र मा अपने इस्ताबार या अंगठे की साथ लगाकर, में (अरावेटक) अपनी सहपति की पुष्टि करता हूँ वर्ष "कांतिका चारडेरान और उसके न्यासीयाँ "कां अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, कोटो और वो विकाण इस प्रपत्र में प्रोपित है, उसे "कांशिका" एकम् न्यासी, दान, पाचना/या दूसरे उप्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपत्यक्तियों के लिये किसी भी प्रधार कर्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकाश मेरे इलाव के पहले या बाद में करने के लिए "कांशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और क्विटण जो कि सत्तायता के उर्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहत्यता का डकदार नहीं बनाताः इस सम्बंध में "कोशिका" एतम् उसके न्यासियों का निर्णय अर्थिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक को हारताहार था अंगुड़े का निवास

AGREEMENT by HOSPITAL (TRANH SH SHE)

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:

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, हम्याशनी को ओर से मामारे/रोनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बिटिय सहायत हेतु सिफारिश की काती है, जिसे हम (हस्यताल) तिम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न हो बहुमान और न हो भीयाय में विशिध सहायत किसी में सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखेश में उकत रोगी/मामाने में सेंगे या हो रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से सिफारिश/विनित उकत के सम्बद्ध में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। मिद "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वापता विनित ऑशिकारसकार हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या किसी अन्य सन्तायत सेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्वप्य कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत संगी/मामाने हेतु किसी गीर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेश/लोगी।

2. "कोशिका फाउन्टेंशन" से लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। संगी पर हस्यताल द्वारा ही गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुका रोगों एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का थोई दक्षाय गड़ी है। इसलिये हस्यवाल में सेगों के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यवाल की होगी और "कोशिका" की कोई पूनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

## Pos pital Sana daya) Pate of Surgery ऑपरेशन की लिए संस्तृति Dr. Akash Kumar M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. C. Right No. with Stamp) (हाकरर का नाम व हस्ताक्षर व र्राव, ने. (Name of Dr. C. Right No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्ताधार 2