SRE-	C-25-08-	1400
CTANCE	(Healthears)	

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थय देखभाल)			Koshika		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	5/08	25/0388	आवदन	THE REAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO PERSONS AND ADDRESS OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO PERSONS AND ADDRESS OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO PERSON NAMED			Building black of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Mus.	Vimla	A	GE-YEARS OF	यु-वर्ष	SEX Rein	6	
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्भ का नाम	NAME : 1	le. Hukun	15	ingh				
behat trong mach Mach Saharanewy							Pue of Port of Vimla	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता							(0388)	
							র) / UNMARRIED (সবিবারিন)	
न्यवसाय TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय	WE US OC	a Maker	Toca	mel	(A	ttach Proof of I आय का साक्ष्य	ncome) NIN	
PAN No. TRIE BIRLY ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	7.10.0	Yes / No				
क्या आप आय कर दात			FAMILY D	हां /चा ETAILS परिवार				
Sr. No.	Na	me of Family Member	A	ge (Years)		Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	वार के सदस्यों का नाम	- 3	उम्र (वर्ष) युद्		लिंग V	आवेदक के साथ सम्बध S b N	
(2)	-	Agus.				=	Daughtten in Jaw	
(3)	1	ighan		22		M	Comand Son	
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन		ICE (Tick which	ever is	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करे।		अल्प आय वर्ग प्रमाण यत्र	(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसम्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
				ESTING ASSIST ये विनती का उद्		p _i		
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
	-							
	Nagnosis - KE- senie Cataract							
LE- Center Cataract						atomost		
							ger a cons	
SUIGHUL - RE- STCC WITH PMMA							PMMA	
3.03 10.11 11.701								
-		ASSISTANCE BEING AVAILE					ES	
		इस उद्देश्य के हेतू कोई	_	रता किसी अन्य	स्त्रात सं			
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE क्रम संख्या अन्य स्त्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्त्री गई सहायता राशी					
	-				-			
	100				1			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

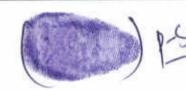
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकृत में दिये गये सभी विवरण मेरी कानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता ग्रांश "कांशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रांश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही घविष्य में तुँगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बात में सहमत हैं कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता 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 के हस्तावर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उकत रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति उकत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा भदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले 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 हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये ठपवार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसिलये हस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अते जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

25-8-25 Dn Raman

N Ramaind of Kaur (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation A Stand of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Safungel

lit