SRE- C25-08-1509

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Health) (स्वास्थय दे			Koshika	
APPLICATION No.: 5 0825/0396				TION DATE : '	25-	8-25	Building block of life.	
NAME of APPLICANT :	AG	AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग						
आवेदक का नाम Mus Salelta				49 F				
water resemble to the same and	Mus .				_	1		
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्म का नाम	ME:	4. Sunil k	11 /2	n.L				
		PRESENT RESIDENCE ADDRES					PASTE PHOTO HERE	
		shamla -1		baar	n	1	2 Pasternotonere	
Shame Shamea, Shamei we of								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता							0.000	
	P.	MINAMENT RESIDENCE ADDRES	30 , (415	आवासाच चवा			Sauta	
	cami	as above	0				Pur of Post of Saleta (0390)	
OCCUPATION: HAME Makely					LMARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
The state of the s					(Attach Proof of Income) A I A			
कुल वार्षिक आय	48,0	00 (family	Inco	me)	(आय का साक्ष्य	ncome) NA	
PAN No. स्थाई खाता संख्य	MIA	0						
ARE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No				
क्या आप आय कर दाता ह	(जा मान्य हा उ	स पर सही का निशान लगाये।		हां / पह				
Sr. No.	Na	me of Family Member		TAILS परिवार (Years)		Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परि	वार के सहस्य का नाम	उम्र	(वर्ष)		लिंग	आवेदक के साथ सम्बंध	
	परिवार के सहस्या का नाम 5 (Un) के समस्या			55		M	Husband	
127	HALLES		20		- Fra		San	
(3)		rjun	1	18		1.1	50h	
			+	-	-			
			+		_			
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विन		E (Tick whiche	ever is	applicable)		
			ात आधार					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)			Any Other	
गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		अस्य आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड			Basis/Proof	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संस्पन करे।		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संतरन			रति संलग्न करे।	अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:								
				TING ASSISTA विनती का उद्दे				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached								
क्रम संख्या अस्पताल/ढॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न								
	V.							
	1	เลยกละเร-					staract	
	The second of th							
	LE- Pseudophacio							
	0							
Sugery - RE - SICS WITH PMMA								
A A								
	1	ASSISTANCE BEING AVAILER	D for SAME	"PURPOSE"	from C	THER SOURCE	FS	
		इस उद्देश्य को हेत् कोई व						
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE			-				of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या		अन्य स्त्रोत का नाम			ली गई सहायता ग्रंशी			
					_			

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.
- 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) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है
- 2) मेरे द्वारा जो सहापता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया कार्येगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का ऑशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य खोळनियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविष्य 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 प्रपत्र पर अपने हस्तीक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (अवदेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, परोटों और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों 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 फाउंडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेश नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः 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 अंगुटे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (श्रम्पताल 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.

1) The assistance form Koshika Foundation is only financial in patient. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

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 (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो थर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" होता सहायता विनित आंशिक/सकल हेतु मन्तुर 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 दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लंगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Pate of Surgery ऑपरेशन की तारीख (Name Besignation & Stamp of Authorised Signatory on Behalf of Rospital) हाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रखि न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अवन्तरिक उपयोग हत् विश्वेष्ठ अपयोग हत् विश्वेष्ठ अविश्वेष्ठ अपयोग हत् विश्वेष्ठ अपयोग