SRE- C-25-08-1641

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतू आवेदन प्रारूप				(Healthcar (स्वास्थय देखप	1.00	Koshika							
APPLICATION No.: 5/08/25/04/00				H तिथी	7-8-25	Building block of life.							
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम MUSO Madyaha				age-years आयु-वर्ष 69	SEX Terr								
FATHER'S/SPOUSE'S P पिता/कटुम्म का नाम		4 44	1at	amud		2							
Mari	ya B	Hay Pahadi	WH.	1 34179	alhery	Pur op Postop Modrjahan							
	PE	RMANENT RESIDENCE ADDR	ESS: R	याई आवासीय पता		Moorjahan							
	sa	me as a	bol	IC.		(0400)							
OCCUPATION : व्यवसाय	Home	Maker			ALTERNATION ACTORISE	त) / UNMARRIED (अविवाहित)							
TOTAL ANNUAL INCOM कुल वार्षिक आय	46,01	00 (famile	1]	ncome)	(Attach Proof of (आय का साक्ष्य	income) संलग्न) NA							
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE (lick whichever is applicable): म पर सही का निशान लगाये।		Yes / No हां / \बही									
क्या आप आय कर दाता	ह (जा मान्य हा उर	न पर सहा का ग्यान रागाया	FAMILY	DETAILS परिवार विव	रण								
Sr. No. क्रम संख्या	Nar	ne of Family Member बार के सदुस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध							
क्रम सक्स	411	Tohid	rid.	98. (47)	M	50h							
(3)	(2) 5dy 910				M	Daughtter in law							
		411											
		BASIS for REQUESTING सहायता के लिये वि			r is applicable)								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की खाषा प्रति संसन्त करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Cop अस्य आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संस	Certificate Copy) शय वर्ग प्रमाण पत्र		Card Copy) गकार्ड गप्रतिसंलग्नकरे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य							
				UESTING ASSISTANO गये विनती का उद्देश्यः		•							
Sr. No. क्रम संख्या		Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न											
	(2) (8)												
Siagnesis - RE - Total Schill Cataliact LE - Senile Cataliact													
							SUMAPHY - RE- SICS WITH PMMA						
		ASSISTANCE BEING AVAIL	ED for S	AME "PURPOSE" fro	m OTHER SOUR	CES							
		इस उद्देश्य के हेतू को	अन्य स	हायता किसी अन्य स्त्रोत	से लिया गया हो?								
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER So अन्य स्त्रोत का न			AMOUNT	of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी							

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) मैं घोषणा करता हैं कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य फया 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 पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य खोत/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाठंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और 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 फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मै (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा 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:

आवेदफ के हस्ताधर या अंगृते का निशान

pset

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/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्मताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्थीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वोत से ठक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनति ठक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" हारा भद्द हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हारा सहायता विनति आंशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्राधत रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग्ग/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिष प्रकृति की हैं। रोगी पर हस्यताल द्वार दो गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दकाव नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery आपरेशन को तागेख 27-8-35 Recommended Kaur (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on bentall of Hospital) आपरेशन को तागेख (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on bentall of Hospital) आम व पर हस्यताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 जिल्लामा अधिकारी