Mam-C-23-03-1918

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखमाल)					Koshika
APPLICATION No. : आयेदन संख्या :	M10323/04	APPE SERVE	HICATION DATE:		Building block of life
IAME of APPLICANT : गावेदक का नाम	Nandrahi		AGE-YEARS ST	पु-वर्ष SEX लिंग	
ATHER'S/SPOUSE'S NAI	# Bhagvanhi	ч			1711019
gram - han	Short ahpus Short ahpus Htor Isra clesh PERMANENT RESIDE	-24200	निर्देश हैं कि किया है जिस्सीय पता	howayer h	Rose of Post of
OCCUPATION:	Home meller		1	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अधिवाहित)
OTAL ANNUAL INCOME हुल वार्षिक आय	30,000 (tam	ilg)		(Attach Proof of le (आय का साख्य र	ncome) (लग्न)
PAN No. स्थाई साता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX	K ASSESSEE (Tick whichever is a	pplicable):	Yes / N		
मा आप आप कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान		र्षा / न		
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) Gender उम्र (वर्ष) लिंग		Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
			-		
+					
		QUESTING ASSISTA । के लिये विनति आप		never is applicable)	
BPL Card (Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्र- (प्रमाम पत्र की सम्बा प्रति	py) EWS C (Attach Cen तण पत्र अल्प आय	ertificate tificate Copy) वर्ग प्रमाग पत्र स्था प्रति संलग्न करे।	Easton Card (Attach Copy) उपयोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की क्षया प्रति संसम्म करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सास्य
		PURPOSE" for REQ सहायता हेतु किये			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग				
अन्य संद्या	Diggravic RE - Serile Cataract				
		-		G - Seni	le Catwood
2 -	ડ્યાવશાય	LES	ECS U	WIH Phi	at less Camp
	, at 1				
				from OTHER SOURCE	S
Sr. No.			न्य सहायता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? RCE AMOUNT		ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता यशी
9-1 10-1	अन्य क्यात का नाम			2000	
					-
-					

DECLARATION by APPLICANT: अस्पेट्स प्रारा भोगणा पत्र:

- 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.
- 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.
- मैं खंबणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सती है। यदि कोई विवरण एवं करान अस्तर धाना जाता है तो गेरी मात्रावता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा को सहस्थता राशि "कोशिका परठव्हेशन", के ली जा रही है, इसका उपधेप उसी इरेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकर में परा गया है।
- मैं पुष्प करता है कि जिस सहायत हेतु यह आर्थना की गई है, उस राशि का आशिक पा सकल किसी अन्य फ्रोड/वियोजक/बीमा कम्पनी से व तो लिया है और व ही मुक्तिया में लिया.

AGREEMENT by APPLICANT (आर्थएक प्रता चारार)

- 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 प्रपण पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की खाप लगाकर, में (आनंदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यातीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पत्ती, पति और जो विशरण इस प्रपण में घोषित है, उसे "कोशिका" एकप् न्यासी, रान, याणना/चा वृत्तरे अन्देशन से जुडी पतिथिथियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमासित करने के लिए आपिष्कृत है। मेरे प्रपण का विषयण मेरे इलाम के पहले या बाद में प्रपण का विषयण मेरे इलाम के पहले या बाद में प्रपण को लिए "कोशिका प्राप्तिकान प्राप्तिकान मास्त्री अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे उकत: सहायता का हकदार नहीं बच्चा। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम उसके न्यांसयों का निर्णय आतिम और बाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अवेदन के बसावार क अंगुड़े का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (Sentile sitt wort)

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 axell 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 a way influenced by Koshika Foundation. Hence the Mospital and

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 & eafety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसरे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेशीयी को "कोशिका फाउन्होसन" से जितिस सहस्थक हेतु सिकारिश की मानी है, मिसे हम (इस्पासन) निन्त प्रकार से माना व स्वीकार करते हैं।

कार कार्यपुर, वरणावा का जार व पानाप्रपात वार काराका ६००-६११ से त्याप्र स्वाप्त के क्षा है।

1) मह कि न तो वर्षमान और न ही भविभा में लिप्तिन एक्पवा विश्वों में सरकारी संस्थान या विश्वों अन्य स्थात से उनत रोगी/मानले में लेंगे था ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्होंसन" से सिकारिश/विभित्त उन्हों के सम्बद्ध में "बोशिका परवन्तेशन" हुए। महर हेतु कि है। यदि "कोशिका परवन्तेशन" हुए। सहायता विभिन्न असिकार का के सम्बद्ध में "बोशिका परवन्तेशन" हुए। महर हेतु कि है। यदि "कोशिका परवन्तेशन" हुए। सहायता विभिन्न असिकार के सम्बद्ध में स्वाप्त के सम्बद्ध के अस्पताल किसी अन्य सन्यापत से सहायता लेंगे का अस्पताल है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा बता है कि अस्पताल हितीय मदद उनत रोगी/मामले हेतु किसी मैं सरकारी संस्था या किसी अन्य सामत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉरिका फाउन्टेरन" में भी गई सहास्ता केवल वितिम प्रकृति को है। येगी घर हस्यतल हाए दी गई सलाह का किये गये उपचारश्रीक्रमा का मुख्य येगी एवं इस्यताल के बीच का विकय है और "कोरिका फाउन्टेशन" हाए कियी उकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्यताल में येगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की साथै जिम्मेदारी येगी एवं इस्यताल की होगी और "कोरिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery अभिगत को सारीख Dr MAZHARON HAN M.B.R. 6-14-5, FICO U. MANY MASSING WINGSHAP) C. अवर को नाम व हस्ताधर य राज न FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताधर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 2