Mom- C- 24-00-0552

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)					Koshika foundation	
APPLICATION No.: M 0 8/24/0 45 7 APPLICATION DATE: अग्रिया शिक्षा : M 0 8/24/0 45 7					Building block of life.	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Ja	muna Dovi	AGE-YEARS SIT			
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	NAME:	ambha			2 VOLUNE CO.	
Nanda	pur, e	PRESENT RESIDENCE ADDRES	u, Sish	aur.	Bued Boto	
		FRANENT RESIDENCE ADDRES	%- 26200 s: स्थाई आवासीय पता			
		Same as	above			
OCCUPATION : ञ्यवसाय		Homemeken		MARRIED (विवाहित	) / UNMARRIED (अधिवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: अन् वार्षिक आप अन्त नार्षिक आप (आप का साह्य संलग्न)						
PAN No. स्थाई खाता सं ARE YOU AN INCOME		Tick whichever is applicable):	Yes / No			
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उ	स पर सही का निशान लगाये।	हाँ / नह AMILY DETAILS परिवार	1		
Sr. No.	Name of Family Member		Age (Years)	Gender	Relation with Applicant आवेदक के माथ सम्बध	
क्रम संख्या	Ho	वार के सदस्यों का नाम १५८१ छिब Kash	34 (ant)	हिर्मग <b>P</b> h	अविद्रक के साथ सम्बंध	
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनर्ग	SSISTANCE (Tick which ते आपार्	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबो रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छस्च प्रति संस्तर करे।		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आत्य अंग्व वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसाम ।	Bation Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड करे। (प्रमाण पत्र की क्रमा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
			r REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्दे			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी कीं)गई प्रतिबेदन सुची संद्रान					
314 cto41	Diag	Diagnosis KIE- Senie Catorice				
18- Semle Cata						
C/a	Sun	georg RIE C	शिएड प्या	h pmmq	Leus Camp	
		U				
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उद्देश्य के हेतृ कोई ३	) for SAME "PURPOSE" वन्य सहायता किसी अन्य व	स्त्रात स स्तिया गया हा?		
Sr. No. ग्रहम संख्या		NAME of OTHER SOU	RCE	AMDUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई महायता रागी		
)		DBCS			9000/e	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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.
- 2) 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 whi essistance is requested.
- ा हैं कि इस प्ररूप 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) 前音 उदायता राशि "कोशिका फाउन्हेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- 3) में प्रिट हैं कि जिस सहायत हेतु यह प्रार्थण की गई है, उस राशि का ऑशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत-नियोजक/बीमा कम्पनी से य तो लिया है और य ही पविष्य में भीता

## 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.
- इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अपने की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यसीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा नाम. पता, फोटो और जो विकरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ऱ्यासी, रान, पायना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी परिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विकरण मेरे इलाज के पाले या बाद में करने के लिए "कॉरिंग्का फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेरक) इस बाब से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सक्षायता के उद्देशमें से प्रार्थित हैं मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदमा को हस्साधार या अंगुते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (रमलास 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, इस्ताक्षरी को ओर से मामलेशोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहस्यता हेतु सिकारिश की जाती हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से बान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही घरिष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/यामले में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिजारिश/विनति उसा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्होशन" इस मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्होशन" इस सहस्रता विनति आशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था वा किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउनोरान" से ली गई सहायदा केवल खितिय प्रकृति की है। गेगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार∕प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिस्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या किम्मेदारी इस मागले में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Date of Surgery Shroff's-Charity Eye Prospital Sahadaya Mohamma Ali Hospital ऑपरेशन की तारीख orised Signatory डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रवि. न. नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनरिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 यासी हस्ताक्षर । न्यासी हस्ताक्षर 2