APPI		RM FOR ASSISTANCE	(Health (स्वास्थ्य	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	Koshika		
PPLICATION No. :	- 1	आवेदन प्रारूप	APPLICATION DATE :	geografia -	foundation  Building block of life		
ग्रवेदन संख्या :	H 0922	0509	आवेदन तिथी AGE-YEARS आ	्-वर्ग SEX लिंग			
AME of APPLICANT				1 44 368 (01)			
		Devi	70	I F	Mary on Mary Services		
ATHER'S/SPOUSE'S Iता/कटुम्म का नाम	PYC	shati Lal					
inge-Bir		PRESENT RESIDENCE ADDRESS	- RAJप्रना	nist -			
0	,		Pand 1411		Page D Callo		
Alwax R	a Jasthan	- 301410 RMANENT RESIDENCE ADDRESS	ः स्थारं आकासीय पता		Preop Postop		
	7.6	As above			0509 Kamla		
					Devi		
CCUPATION:	77.7	Lapon	~	MARRIED (Parise	त) / UNMARRIED (अविवाहित)		
श्वसाय OTAL ANNUAL INCO	ME:			(Attach Proof of I	ncome)		
otal annual inco मूल वार्षिक आय	and the same of th	0/-		(आप का साध्य	riera) NA		
AN No. 무리를 팽리 때	図 NA TAX ASSESSEE ()	lick whichever is applicable):	Yes / No	λ			
या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो उस	र पर सही का निशान लगाय।	Yes / हा हा / हा				
	1 #		MILY DETAILS परिवार Age (Years)	विवरण Gender	Relation with Applicant		
Sr. No. क्रम संख्या	परि	ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम	उप्र (वर्ष)	सिंग	आवेदक के साथ सम्बध		
	+	NELL					
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनति	SISTANCE (Tick which	ever is applicable)			
BPL Ca	erd	EWS Certificate		ation Card	Any Other		
(Attach Card Copy) गरोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		(Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र	(Attach Copy) उपयोक्ता कडर्ड		Basis/Proof		
(प्रमाण एवं की साथा प्रति संसम्ब करें।		(प्रमाण,पत्रे की क्षापा प्रति मंलग्न करे। (प्रमाण पत्र की क्षापा प्रति मंलग्न करे।			अन्य कोई सास्य		
MAN SCHOOL SERVICE		"PURPOSE" for	REQUESTING ASSIST	ANCE:			
			किये गये जिनती का उद्				
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्य	अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
Ch		DIAGNOSIS RE - TOTAL SENTLE CATHRACT					
	TE - SENTLE CATARACI						
		TE SUIVILL SHIRWING					
	1.300000	MAGNINE		F 0			
	Surgery - RE- SICS WITH PMAN 19						
(3)				METHODISM			
0	100 100 11	British west	60110	OMD-ON DE	4		

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वतंत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली. गई. सहायला राशी
to	NiII	

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा योगणा 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) में घोषणा करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकरण मेरी बारकारी के अनुसार सन्य एवं सड़ी है। यदि कोई विकरण एवं कथन असल्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) भेरे क्षण जो स्वरायक गरिंग "कोशिका फाउन्डेशन", से शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकप में परा गया है।
- मैं पृष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राति का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य फोत/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न हो पविष्य में लुँग।

## AGREEMENT by APPLICANT (आवेरक 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 प्रथम पर अपने हस्ताहर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फार्ज्डेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पतेशे और वो विवरण इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, याचना/चा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयम का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदका) इस कात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फडेटो और विकाश जो कि सहायता के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे त्यत: सहायता का इकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉटिका" एकम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतिम और काम्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवरेक <u>हे इसलबर प्र अंगू</u>डे का निशान RoT

## AGREEMENT by HOSPITAL ( ( \*\* THIRT GIT STOR)

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 मामलेशोगी 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 ले वर्तव्यन और न ही पविषय में वितिय महायता किसी गैर मरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से ठक्त रोगी/पामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्टेशन" हाय परद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्टेशन" हाय सत्तायता विनति अधिकक/सकता हेतु मन्त्रुर नहीं किया जाता है ले अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्तायन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल दितीय पदद उका रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्देशन" से लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। ऐसी पर हस्पताल द्वार दी गई सलाड या किये गये उपचार/प्रक्रिय का चुनाय ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वार किसी प्रकार का कोई रवाब नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाव सुख्या और आने जाने की कारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रिका या किम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery आँपरेशन की तारीख Dr. WAFIANSARI CHARAN MASSEY

MS (OPHTHAL)

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तृति

CHARAN MASSEY

Administrator
(Name, Designation & Sente lot)

Administrator (Name, Designation of StangalotAlamatrised Signatory Dr. Shrofts E van behalf of Hospital) ন্যথ ব কং ভ্ৰম্যকল এখিক্ট এখিকটা

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताकर 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताधर 2

liet E