MOM-6 24-09-0196

	ON FORM FOR ASSISTANCE ता हेत् आवेदन प्रारूप	(Health (स्वास्थय		Koshika	
APPLICATION No.: M	0924 0541 N	PPLICATION DATE	09/24	Building block of life.	
NAME of APPLICANT :	rija vati	AGE-YEARS STO	The second secon		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिल/कटुम्भ का नाम	Ratan Cal			Man Chang mili	
gram Bhighaul	PRESENT REGIDENCE ADDRESS CLINTA POUMA PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAMP CUS	, Bijhaw	ei Kheni, 74	till Poss	
OCCUPATION: HOM	e Maker	L	MARRIED (विवाहित)	/ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 3 4,000 (पीर्माप) (Attach Proof of Income) (आय का साध्य संलग्न)					
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASS	ESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No			
क्या आप आप कर दाता है (जो म	न्य हो उस पर सडी का निशान लगाये।	हां / नही	t		
Sr. No.	Name of Family Member	LY DETAILS परिवार Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	लिंग	आवेदक के साथ सम्बध S/964	
1,	ARNIESH	30	M	2017	
	BASIS for REQUESTING ASSIS सहायता के लिये विनति अ	TANCE (Tick whiche	ever is applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण प (प्रमाण पत्र की छावा प्रति संसान		उपम	ijon Card ach Copy) गोक्ता कार्ड छावा प्रति संलग्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साह्य	
	"PURPOSE" for RE सहायता हेतु कि	EQUESTING ASSISTA ये गये विनती का उर्दे	ANCE: Y4:		
Sr. No.		lical Reports/Prescr			
ऋम संख्या	अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्न Diggs 08 18 RF — Service Contacted				
1.					
		E - (S)	enile Cata	N4C1	
۵٠	Surgery RES	ic mi	th PMM	1012 Comp	
	ASSISTANCE BEING AVAILED for इस उप्टेश्य के हेतू कोई अन्य	SAME "PURPOSE" सहायता किसी अन्य स	वात से लिया गया ती?		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम		AMOUNT o	f ASSISTANCE BEING AVAILED श्री गई महामता राशी	
क्रम संख्या	्राच्या का नाम विक्रिक		29	100	

## 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.
- 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.
- वें घोषणा करता है कि इस प्रारूप से दिये गये सभी विकास सेरी जानकार के अनुसार सन्य एवं साते है। यदि कोई विकास एवं कथन असल्य गया जाता है तो मेरी महाचल निस्त को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक गाँश "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही हैं, दसका उपयोग उसी ह्रदेश्य की पूर्ति के लिये किया आयेगा, जो इस प्रकर्प में परा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि गिम सतापत हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस ग्रामि का आंगिक था संकल हिस्सा किसी अन्य स्रोध/नियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुँगा।

## 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 प्रथा पर अपने हाताबर या अंगते को बाप लगाकर, मैं (आनेटक) अपनी सहगति की पुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो किस्एग इस प्रपत्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वायका/बा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिबिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार नाम्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवस्ता मेरे इलाव के पहले वा बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी ऑधकृत है।
- 2) में (आवेरक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा ताम, पता, फोटो और विवरण को कि सलापता के टर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहापता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्षोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगृते का नितान



## AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पताल 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 troutment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility.

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी को और से मामतोरीमी को "कांशिका फाउन्हेंशन" से धितय सहायता इंतु सिकारिश को वाती हैं, जिसे इम (इस्पताल) निम्म प्रकार से यान्य व स्थीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तकार और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य कोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/निनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेशन" इस मंदर हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्हेशन" इस सहायता किनति आशिकासकल हेतू पन्तुर नहीं किया काता है ते अस्पताल किसी अन्य से से अस्पताल किसी अन्य से सहायता लेने का अधिकार सूर्यका है। इस पुष्टि में स्थाद कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतू किसी गैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेता/लोगी।

2. "क्षेणिका फाउन्टेशन" में ली गई सहायता केवल विशिष प्रकृति की है। येगी पर हस्प्लाल द्वार दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रीक्रिया का चुनल येगी एवं इस्पताल के बीच कर विषय है और "क्षेशिका फाउन्टेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये इस्पताल में येगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की डोगी और "क्षेशिका" की कोई भूमिका या विम्मेदारी इस सामले में नहीं होगी।

		OMMENDED FOR ACCEPTENCE वीकृती के लिए संस्तुति Deep& Tripathi	
Date of Surgery ऑप्रेंशन को व्यक्ति 0 3 0 9 & W		N. KHAN S.FICO Dr. Shroffs-Charity Eye (Name, De HOSDIA ST DA GRAVA d Sign Monator Mon	natory
	FOR INTERNAL US	of KOSHIKA FOUNDATION अहन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNA	ATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताकर 2	
(5-	fungel	lite	