MOM- C 24-09-0212

	ATION FORM FOR ASSISTAN ग्हायता हेत् आवेदन प्रारूप	CE (Health (स्वास्थय		Koshika	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	4/0924/0543	APPLICATION DATE	09/24	Building block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	Ramotani	AGE-YEARS NO	q-ad' sex fein	Em gan	
FATHER'S/SPOUSE'S NAI पिता/कटुम्म का नाम	ne: Poutan			40 TH A THE R. LEWIS CO. LANSING.	
Mari	PRESENT RESIDENCE ADD	RESS वर्तमान आवासीय पत	w7.	ROLL BASTEPH - TRACE - SECOND	
Bhadu	PERMANENT RESIDENCE ADD			Resort	
		us above			
OCCUPATION :	Tome Maker		MARRIED (Parison	/ UNMARRIED (अविवासित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक अध्य	33,000 (damily	)	(Attach Proof of In ( आय का साक्ष्य स	come) लग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX क्या आप आयं कर दाता है (	(ASSESSEE (Tick whichever is applicable) जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	हा / ना	ही		
Se Ma	Name of Family Member	FAMILY DETAILS परिवार Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
Sr. No. क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	सिंग	आवेरक के साथ सम्बध	
-1.					
		5.4			
	BASIS for REQUESTIN सहायता के लिये	IG ASSISTANCE (Tick which विनति आधार	never is applicable)		
BPL Card (Attach Card Co गरीबी रेखा के नीचे प्र (प्रमाण पत्र की छाषा प्रति	माण पत्र अल्प आस्य वर्ग प्रमाण प	(Yqc (Yqc	ation Card Hach Copy) पोक्सा कार्ड ते साथा प्रति संलम्न करे।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य	
	"PURPOSI	E" for REQUESTING ASSIST । हेतु किये गये विनती का उर्	TANCE: देश्य:		
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
/ 1	Diagnosis RC - Sevile Calibrail				
		CE -	Serile Ca	luxacl	
	0.	CIGS 1.111	& Fmma To	913 Carl	
7 .	Surgery RESICS with Forma loss Conf				
	16 sales inch				
	ASSISTANCE BEING AV	AILED for SAME "PURPOSE	from OTHER SOURC	ES	
	इस उद्देश्य के हेतू व	होई अन्य सहायता किसी अन्य	स्त्रात स ।लया गया हार	of ASSISTANCE BEING AVAILED	
Sr. No. ऋष संख्या	NAME of OTHER अन्य स्त्रोत का	SOURCE । नाम		ली गुई सहायता रासी	
क्रम सख्या	060			1000	

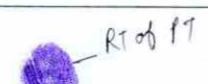
## DECLARATION by APPLICANT: आनेदवा द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 which this assistance is requested.
- मैं घोषण करता है कि इस प्रारुप में दिये गये सची विकरण मेरी जानुकार के अनुसार सन्धे एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पापा जाता है तो मेरे सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मेरे झार को सदायता गाँश "कॉशिका फाउन्टेशन", से ली था रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पृति के लिये किया आवेग, को इस प्रक्रम में पर गया है।
- 3) में पुष्ट करता है कि जिस स्तापक रंतु पर प्रार्थन को गई है, उस सींग कर आरिक या सकत किसी अन्य स्रोतानियोगक बोग कमानी से न तो लिया है और न ही मंत्रिया में लेंगा।

## 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 प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या अपने की छाप लगाकर, मैं (अविदर्क) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइडेशन और उसके न्यासीयों " को ऑधकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो जिवरण इस प्रपत्न में मोषित है, उसे "कोशिका" एवर्च न्यासी, रान, यापनी/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और टपलब्बियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विकास मेरे इल्बान के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी उर्धवकृत है।
- 2) मैं (अलोरक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, जल, फोटो और विवरण जो कि सहामता के उर्देश्यों से प्रार्थित है चुझे स्वत: स्वरणता का हकाहर नहीं बनाता: इस संस्थाप में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाष्यकारी शेयाः

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION आवेदक के इस्ताधर या अंगुड़े का तिशान



## AGREEMENT by HOSPITAL (हम्पताल 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

हमते अधिकृत, हस्ताकरी को ओर में मामलेरोगी को "कोशिका फाउन्डेशन्" से शिविष सहायता हेतु सिकारिश की नाली है, किसे इम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते है। कड़ कि न तो वर्गमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थोत से उक्त रोगी/भागले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्देशन" से मिफारिकाविनीत उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महद हेंतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महायदा विनति आशिक/सकल हेतु पन्तुर नहीं किन्छ जाता है तो अस्पताल भिन्नी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से महायता लेने का अधिकार सुरक्षित संख्ता है। इस पूर्ण्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भर्द उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही होगा/होगी।

2. "कोशिका पाउउन्डेशन" से तो गर्व सहायता कोवत वितिय प्रकृति को है। रोगों पर हस्यताल होय थी गर्व सलाह या किये गर्य उपचार∕प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्यताल के कोच कर विषय है और "क्वॉशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगो और "कांशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेशारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery KHAN arity Eye (Name of Dr. & Rede, No. with Stamp) डक्टर का नाम व इस्ताक्ष व राज्य न Aphammadi Kireri FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उपयोग होत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर । न्यसी हस्तावर 2

in the matter