APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखपाल)							Koshika		
APPLICATION No. : तमेदन संग्रमा :	A10824	0549	आयेदन 1			08-24 SEX 19/11	Building	block of life.	
NAME of APPLICANT:			AC	AGE-YEARS आयु-वर्ष			Contract of the Contract of th	8	
आवेदक का नाम				62		m	form my	1000	
ATHER'S/SPOUSE'S NA साम्बद्धम्य का नाम	AME:	gledgen					1		
nllage-Bo	ada Jaon	ESENT RESIDENCE AD	Bensur	आवासीय पत	1-1	Mugr			
Dajas	Thom- 3.6	024			_		Preop	Postop	
A 47.13		ANENT RESIDENCE ADI		आवासीय पता					
		As a	hove						
CCUPATION:	amer			MARRIED (Tealite)			/ UNMARRIED (अधिवाहित)		
OTAL ANNUAL INCOME ल वार्षिक आप	Syon	101-			(A	ttach Proof of I आय का साध्य	Income) NA		
AN No. स्थाई खाता संख्य RE YOU AN INCOME TA पा आप आप कर दाता है	AX ASSESSEE (Tick	whichever is applicable	ı):	Yes / शि हां / ला	0				
मा आप आप कर प्राप्त ह	्या मान्य क्ष वस पर	THE PERSON NAMED IN	FAMILY DE	ETAILS परिवार		1			
Sr. No. क्रम संख्य	Name o परिवार	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)		Gender तिंग	Relation आवेरक	with Applicant के साथ सम्बध	
(1)	Persan	6	60		<u></u>	wife			
		_				6			
							- HC		
					_				
			_						
		BASIS for REQUESTIO		E (Tick which	lever is	applicable)			
BPL Card	Land	EWS Certificate		R	ation C	ard	A	any Other	
(Attach Card Copy) (Attach Certificate ) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छत्वा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति		पत्र	(Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड । (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संसन्त करे।			Basis/Proof अन्य कोई साक्य			
			E" for REQUE						
Sr. No.	सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:  Medical Reports/Prescriptions Attached								
क्रम संख्या		Medical Reports/Proscriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
1	20/4/5/20	2120	- PCC						
	Diagnosis DE - PSC								
		LE	_ psc						
2	CUSAL	VU - 10	- 01	10 .	21.10	LI Devi	ma		
-	surgery - LE - SILS WITH PMMA								
	127474	ANTA		100	100	and and a	if.		
	l						and the same of th		
	A	SSISTANCE BEING AVA इस उद्देश्य के हेतू क	VILED for SAM भोई अन्य सहायत	E "PURPOSE" II किसी अन्य	from ( स्योत से	THER SOURCE	ES		
Sr. No. अस संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्वीत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी				
- 1	TIIN								
	,								

## DECLARATION by APPLICANT: आवेरक द्वारा परेमणा पा:

- 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सड़ी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहस्वता निरस्त की जा सकती है।
- 2) में द्वार जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि निम सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रश्नि का आंतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ग्रोश/न्योजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रविध्य में लैता।

## 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 इस्ताधन या अंगठे की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की चुण्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवाल इस प्रथम में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् नामी, दान, व्यचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रशासित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवाल मेरे इलाज के पहले था बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवंदक) इस बात से सहमता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाण जो कि सतायता के उद्देश्यों से प्राचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑसम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के प्रस्ताधर या आंगूडे का निशान



## 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 treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility

हमारे ऑफक्त, इस्ताक्षरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्द्रेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की वाती है, जिसे इम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान पा किसी अन्य स्थात से उस्त रोगी/सामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिप्पारिकारियती उका के सम्बंध में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा पर हंतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित्त आशिकासकल हेतु मन्दुर जारे किया जाता है तो अस्मताल 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 मदद उका रोगी/यामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका जाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल बितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा में गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनान रोगी एवं हस्पताल
- कं बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अने जाने की सारी निम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस्ट्रभामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए	संस्तृति				
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Mohe. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology FICO (UK) (Name of Dr. & Rego, No. Wile Stamp) Regarder and Statistics of July 2	OGESH YADAV Assistant Administrator Dr. Shrolf: s Ghalify Ex at hip shi hithorised Signatory ALWAR प्रिकाल के प्रिकाल अधिकारी				
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	NDATION आनारिक उपयोग हेतू				
Si	GNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यामी हस्ताकर 2				
E	Saferry	lite.				