MOM- G-24-09-0515

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखमाल)						Koshika	
APPLICATION No.: M 10924 10 55 व			APPLICATION DATE 109 124			Building block of life.	
NAME OF APPLICANT: Faheemah			AGE-YEARS SUG-UT S		SEX ferr		
FATHER'S/SPOUSE'S NA पिता/कटुम्म का नाम				Mintel Cost			
auri	ang abo	PRESENT RESIDENCE ADDRES		eni	,	Inco PASTE PHOTO HERE D. S.	
Awang u ba	d , (PHON POTO OF	ss : स्थाई आवासीय पता	20		/ /	
		Same	as about				
OCCUPATION: Home Melley			L	-	Contract Management	त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 36,000 स्थिता / (Attach Prod कुल वार्षिक आय							
ARE YOU AN INCOME TA	X ASSESSEE (Tick whichever is applicable): स पर सही का निशान लगाये।	Yes / No हां / नह				
			AMILY DETAILS परिवार	make the same of the same of			
Sr. No. ग्राम संख्या	Nat	ne of Family Member बार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उस (वर्ष)	G	lender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध	
3/4 40/4		Jatrem Phan	38	M		Seh	
	- 11.0	446				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
			-		_		
				_			
	.,,	BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनर्ग	SSISTANCE (Tick whiche	ever is a	applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आप वर्ग प्रमाण पर्व	Ration Card (Attach Copy)		nd nd	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सहस्य	
(प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करे। (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न			करे। (प्रमाण पत्र की संस्था प्रति संसान करे।			is an extension of the second	
			r REQUESTING ASSIST किये गये विनती का उद्दे				
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached							
क्रम संख्या	अस्यवाल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न						
		Diagnosis KE - Soule Catariact					
	CF - Senile Gtaract						
	100	10.	122 17			land Carl	
2. Swigery RE SICS with Pmmg lens Camp							
		1			22 J.C.		
				(400)1147	THER COURT	ne e	
		ASSISTANCE BEING AVAILED इस उर्दश्य के हेंग् कोई व	D for SAME "PURPOSE" प्रन्य सहायता किसी अन्य र	ain से	लिया गया हो?	, E.G.	
R. H.				of ASSISTANCE BEING AVAILED			
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE AMO अन्य स्थोत का नाम			सी गई सहायता राशी		
),		PRCS		_	- 9	200/.	
						-2.70 %	

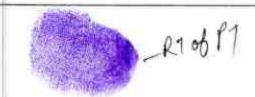
DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पा:

- 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.
- मैं पोषण करता है कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विकाण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं मही है। यदि कोई विवाग एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा भी सतायता शरिर "कोशिका फाउन्डेशन", से शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के शिये किया आयेश, जो इस प्ररूप में भरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि तिस सहायता हेतु का प्रार्थना को गई है, दस हारि का आरिक या सकता हिस्सा किसी अन्य खोतानियोजक बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लिया.

AGREEMENT by APPLICANT (अशहरक 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 प्रयत्र पर अपने इस्ताक्षर या ऑगटे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महमाँत की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा माम, पता, फोटो और जो विकरण इस प्रयत्न में फोवित है, उसे "कोशिका" एवम् नात्ती, एवं, याचना/पा दूसरे उन्दर्श से जुड़ी गाँवितिषियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवास मेरे इलाव के पहले या कार में करने के लिए "कोशिका फाउडेंशन" व न्यासी अधिकृत है।
- मैं (आजंदक) इस बत से सहमत हैं कि मेरा नम, पता, फोटो और विकाप को कि सहायता के उट्टेंडमों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यानियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हाशाधर या अंगुड़े का दिलान



AGREEMENT by HOSPITAL (TENDER DIE WERT)

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 की और से मामलेशोगी को "कॉशिका फाउन्हेंशन" से वितिय स्वापता हेतु सिकारिश की जाती है, जिसे इम (इस्पताल) निज्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर संस्कारी संस्थान या किसी अन्य स्वौत से उस्त ग्रेगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि इमने "कोशिका फाउन्हेंशन"

से सिफारिशाविनांट उस्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्हेंशन" इस मदद हेतु कि है। याँद "कोशिका फाउन्हेंशन" इस सहायता विनात आशिकारमकल हेतु मन्तुर जो किया जाव है वो अस्यताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्धायन से सहायता लेने का अधिकार सुर्घेशन शकता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त सेगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई महायल केवल विशिष प्रकृति को है। होगी पर हस्यताल द्वारा दी गई सल्लह मा किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव रोगो एवं हस्यताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाब नहीं है। इसलिये हस्यताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अले जाने की सारी विस्मेदारी रोगी एवं हस्यताल की लोगी और "कॉशिका" की कोई पूर्मिका मा विस्मेदारी इस मामले में नहीं लोगी।

Date of Surgery अपराप्त की शारी का किए संस्तृति Deepa Tripath!

Date of Surgery अपराप्त की शारी का किए संस्तृति Dr. Simon's-Charity Eye (Name, Democratic Superior) जाम व पर अपराप्त अधिकारों जाम व पर अपराप्त अधिकारों कि ना आप का प्रतिकार का अपराप्त अधिकारों कि ना आप का पर अपराप्त अधिकारों के किए से स्वतिकार विकास का अपराप्त अधिकारों के लिए संस्तृति Deepa Tripath!

Dr. Simon's -Charity Eye (Name, Democratic Expansion) का पर अपराप्त अधिकारों का अधिकारो