APPI	LICATION FO सहायता हेर	Koshika							
APPLICATION No. : आवंदन संख्या :	APPLICATION DATE : 23-06-2-4 आवेदन तिथी			Building block of life.					
NAME of APPLICANT		1/0566	AGE-YEAR	ड आपु-वर्ष	SEX लिंग	1000			
आवेदक का नाम	49		M						
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्प का नाम	Mofi NAME:	manohari							
VIIIage- K	alwari	PRESENT RESIDENCE ADDRES	ड वतमान आवासा १ कावक पुरुष		15/1				
Alway	c. Ray	ERMANENT RESIDENCE ADDRES		पता		Preop Pastop			
occupation: Famer MARRIED (विवा						ল) / UNMARRIED (অবিবাচিত্র)			
অধ্যাধ						Income) संलग 🚜			
PAN No. स्थाई खाता स	स्या	NA		~~					
ARE YOU AN INCOME कथा आप आय कर दाता	TAX ASSESSEE ( है (जो मान्य हो उ	Tick whichever is applicable): स यर सही का निशान लगाये।	8	is (No नहीं)					
Sr. No.	No.	me of Family Member	AMILY DETAILS (Years)		Gender	Relation with Applicant			
क्रम संख्या	परि	स्वार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)		सिंग	आवेदक के साथ सम्बध			
	+								
	1	. /							
	00	/		-					
	1								
	1			_					
	+								
		BASIS for REQUESTING A सहायता के लिये विनी		whichever is	s applicable)				
(Attach Card Copy) (Attach Certificate गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आया प्रति संसान	करे। (प्रमाण	Ration Card (Attach Copy) उपमोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य			
			r REQUESTING A किये गये विनती व		1				
Sr. No. ग्राम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी को गई प्रतिबंदन सूची संलग्न								
	a jiggrusis RE - Sente atarall								
	(F - Senile Ortaral)								
	SAURE FIR	ACATEMATICAL SAME SAME SAME SAME SAME SAME SAME SAME							
SUMPRY - RE- SLCS WITH PMMA						n i			
	1	THE CHARLES AND COMPANY OF THE COMPA							
					(IN .)	MAIL .			
		ASSISTANCE BEING AVAILET इस उद्देश्य के हेतू कोई उ	ान्य सहायता किसी	OSE" from अन्य स्वीत से	लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या		RCE	AMOUNT		of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी				
	NI								
	1.00								
				_					

## DECLARATION by APPLICANT: आपेरम द्वारा योगमा 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) में घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में ऐसे गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सड़ी है। यरि कोई विकरण एवं कथन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहायात निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्ट करता है कि जिस सहायता होतु यह प्रार्थना की गई है, उस ग्रीश का आंशिक या सकत हिस्सा किसी अन्य ओव/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही प्रतिष्य में लीगा।

## AGREEMENT by APPLICANT (आनेएक द्वारा करार)

- 1) By afforing 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 प्रच्य पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की छाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यसीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटी और जो विवास इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याधना/या दूसरे उन्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारत करने के लिए अधिकृत है।
- मैं (अववेदक) इस बात से सहस्यत हूँ कि मेरा नाम, फता, फडेटो और विकाय जो कि सतायता के तद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्का: सहस्यता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

## APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आणेरक को सरसाधर या अंगुठे का निशान

11/2/2/2/2/

## AGREEMENT by HOSPITAL (श्रमसास द्वार 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

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, हस्ताकृती की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से बितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तवान और न हो भविष्य में वितिय सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, वैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन"

से मिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा घरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आशिक/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्थताल

किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी

गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्टेशन" से तो गाँ सहायता क्रेक्स बितिय प्रकृति को है। ऐगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का चुनाव ऐगी दर्व हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दक्षण नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिल्लेदारी ऐगी एवं हस्पताल की शोग और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिल्लेदारी इक्क मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FOR A स्वीकृती के लिए			
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Mend. Rameez Reza M.B.B.S. M.S. Ophthalmology (Name of Dr. & Redo, No. with Stamp) Regar No. British a Time T.	YOGESH YADAV Assistant Administrator (IDno Shedis Ghartyning Hospital) नाम व पर इस्पतील अधिकृत अधिकारी		
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOU	NDATION अन्तरिक उपयोग हेतू		
Si	GNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्तासर 2		
E	Safangel	lile.		